Рустанович А.В. Шамрей В.К.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

В СХЕМАХ, ТАБЛИЦАХ И РИСУНКАХ

третье издание





УДК 616.89 (083/084)
Р 897

Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. Издание 3-е дополненное и переработанное.— СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. — 216 с.

ISBN 5-93979-012-7

Настоящее справочное пособие представляет собой краткое изложение (в виде схем, таблиц и рисунков) клинической психиатрии. В нем рассмотрены вопросы общей и частной психиатрии, дифференциальной диагностики психических расстройств, а также избранные вопросы экстремальной психиатрии. Проведен сопоставительный анализ отечественного и международного (МКБ-10) классификационных подходов. Представлены краткий словарь психиатрических и психоаналитических терминов, перечень основных психотропных средств, а также изданных на русском языке учебников, справочников и руководств по психиатрии.

Пособие написано сотрудниками кафедры психиатрии Военно-медицинской академии доктором медицинских наук доцентом А.В. Рустановичем и доктором медицинских наук профессором В.К. Шамреем. Оно предназначено для психиатров, психотерапевтов, наркологов, врачей смежных специальностей, но будет полезно также студентам медицинских институтов.

Рецензенты:

доктор медицинских наук профессор Одинак М.М.,
доктор медицинских наук профессор Сосюкин А.Е.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Изложение научных сведений в наглядной и удобной для усвоения форме почти всегда связано с необходимостью их схематизации и может привести к упрощенному или поверхностному представлению информации. Особенно, если речь идет о такой научной дисциплине как психиатрия, в значительной степени остающейся наукой описательной, базирующейся на феноменологических подходах. Авторам данной работы удалось, на наш взгляд, преодолеть это противоречие, вследствие чего краткость и доступность изложения информации сочетаются с точностью и конкретностью формулировок.

Безусловно, следует отметить, что данное справочное пособие не заменяет существующих руководств и учебников по психиатрии. Более того, избранная авторами форма представления материала (схемы, таблицы и рисунки) не позволяет привести тщательные клинические описания психопатологических расстройств, ограничивает возможность изложения сведений по этиологии, патогенезу, дифференциальной диагностике, лечению и профилактике психических заболеваний и т.д. Впрочем, цель систематического изложения психиатрии и не ставилась: задуманное как справочный инструмент для психиатров и смежных специалистов, пособие в этом качестве, безусловно, является не только очень удобным для практического использования, но и в достаточно полной мере отражает основные разделы современной клинической психиатрии.

Сказанное в полной мере подтверждается тем обстоятельством, что два предыдущих издания данной монографии (2001 и 2003 годы) были раскуплены в исключительно короткие для специальной медицинской литературы сроки. Причем, книгой в равной мере заинтересовались и студенты (для подготовки к занятиям и экзаменам), и практические врачи (для повседневного использования), и даже преподаватели (в качестве учебно-методического пособия).

Заслуженный деятель науки РФ
доктор медицинских наук профессор
Ю.В.Попов


OCR
SH
GROUP

ВВЕДЕНИЕ

Очевидно, что простота и последовательность изложения основных (базовых) сведений по клинической психиатрии относятся к числу необходимых предпосылок качества и прочности ее усвоения. Вместе с тем, во многих современных учебных пособиях описание вопросов общей и частной психиатрии отличается сложностью изложения, а иногда — и противоречивостью трактовок отдельных из них. В связи с этим, в настоящем пособии предпринята попытка представления материалов по основным разделам клинической психиатрии в максимально схематизированной, простой, доступной для понимания форме. Разумеется, такая форма освещения клинических вопросов не позволяет дать их детальную описательную характеристику и отразить дискуссионные аспекты. Поэтому в пособии отражены лишь наиболее устоявшиеся и общепринятые в настоящее время подходы, а также использован многолетний опыт преподавания на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии. Авторы выражают искреннюю признательность сотрудникам кафедры, материалы, опыт и знания которых использованы в пособии.

Пособие состоит из четырех частей («Общая психиатрия», «Классификация психических расстройств», «Частная психиатрия» и «Основы экстремальной психиатрии»), особенности изложения сведений в каждой из которых освещаются в краткой преамбуле. В приложениях представлены краткий словарь психиатрических (приложение 1) и психоаналитических (приложение 2) терминов, перечень основных психотропных средств (приложение 3), а также перечень основных учебников, справочников и руководств по психиатрии изданных на русском языке (приложение 4). С учетом все более широкого использования в нашей стране новой Международной классификации болезней большинство вопросов излагается с использованием сопоставительного анализа отечественного и международного (МКБ-10) подходов. Приоритет, при этом, однако отдается традиционно принятым в России классификационным и диагностическим схемам.

В настоящее издание, по сравнению с предыдущими (2001, 2003), внесены некоторые изменения: приведены обновленные данные о распространенности психических расстройств и новое положение о медицинском освидетельствовании призывников и военнослужащих, дополнительно включены ряд таблиц и рисунков.

Пособие предназначено для врачей-психиатров и смежных специалистов, но, вероятно, будет полезным также студентам медицинских ВУЗов как при изучении основ клинической психиатрии, так и при повторном обращении к этим вопросам (подготовке к зачетам, экзаменам и т.п.). При его написании авторы стремились обобщить сведения, изложенные в основных руководствах, учебниках и монографиях по психиатрии. Схематизированное представление информации, содержащейся в этих трудах, нередко осложнялось противоречивостью позиций разных авторов, неизбежным следствием чего, вероятно, явились определенные неточности в формулировках и диагностических схемах. Понимая это, авторы с благодарностью примут любые критические замечания и пожелания.

Часть I. ОБЩАЯ ПСИХИАТРИЯ

Общая психиатрия изучает основные, свойственные многим психическим заболеваниям, закономерности их проявлений и развития и включает в себя общую психопатологию, учение об этиологии и патогенезе психических расстройств, принципы их классификации, диагностики, лечения и профилактики, а также некоторые другие разделы.

Рассмотрение вопросов общей психиатрии начинается с изложения основных используемых в данной дисциплине понятий и рассмотрения этапов ее развития.

Предметом общей психопатологии является семиология психических расстройств, т.е. описание симптомов и синдромов психических заболеваний. Каждый в отдельности симптом не позволяет судить о конкретном психическом заболевании (диагнозе). Вместе с тем, их характерное сочетание, как правило, несет важную информацию о генезе психических расстройств. Поэтому диагностика психических болезней начинается с анализа симптомов.

Симптомы, как клинические критерии патологического состояния организма, разделяют на общие и местные, функциональные и органические, благоприятные и неблагоприятные, «стержневые» и транзиторные и т.д. В пособии же представлено традиционно принятое выделение симптомов расстройств отдельных психических процессов (восприятия, мышления, памяти, внимания, эмоций, воли и др.), что позволяет не только облегчить их изучение, но и максимально эффективно использовать полученные знания на начальных этапах диагностического процесса (по преобладанию расстройств со стороны той или иной психической сферы).

Синдром, как типичная совокупность патогенетически родственных симптомов, отражает патогенез психического заболевания. Из синдромов и их последовательной смены (синдромотаксиса) складывается клиническая картина болезни (стереотип развития болезни). В пособии синдромы излагаются по степени тяжести (Снежневский А.В., 1983) с выделением шести основных групп, что облегчает их усвоение, более патогенетически обосновано и позволяет сохранить преемственность последующего изложения материала (в частности, во второй части пособия дано соотношение тяжести психопатологических синдромов и отдельных нозологических форм).

Описание каждой группы синдромов начинается с перечня основных синдромов, входящих в нее, с последующей краткой характеристикой данного перечня (выделением критериев диагностики того или иного синдрома, его вариантов, а также проведением сравнительной характеристики близких в клиническом отношении и наиболее трудных в дифференциально-диагностическом плане синдромов).

В связи с тем, что этиология и патогенез многих психических заболеваний остаются не до конца известными, этому разделу психиатрии уделено относительно небольшое внимание и, в основном, лишь тем заболеваниям (группам заболеваний), которые представляют наибольший интерес для психиатров-клиницистов. В свою очередь, колоссальное разнообразие экспериментально-психологических, инструментальных, лабораторных и иных методов диагностики, а также способов фармакологической и психотерапевтической коррекции, используемых в современной психиатрии, также не позволило привести их подробной характеристики. В пособии, поэтому, указаны лишь основные и наиболее распространенные диагностические и терапевтические подходы. При этом при формировании отдельных таблиц по основным методам диагностики (раздел 5 части I) использовались материалы из атласа Л.И. Сандригайло «Вспомогательные методы диагностики в невропатологии и нейрохирургии» (1986).

В заключение следует подчеркнуть, что без твердого усвоения вопросов общей психиатрии невозможно изучение частной психиатрии (отдельных форм психических заболеваний).

Раздел 1. Основные понятия. Этапы развития

Психиатрия — наука о диагностике, лечении и профилактике психических расстройств
Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами (Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 г.)
Психическая болезнь — болезни головного мозга, проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности: продуктивными (бред, галлюцинации, аффективные нарушения) и негативными (выпадение или ослабление психической деятельности), а также общими изменениями личности (Большая медицинская энциклопедия. — М., 1983. — Т. 21. — 316 с.)
Психическое расстройство (по МКБ-10) – клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию (в МКБ-10 термины «болезнь», «заболевание», «нозологическая форма» не используются)

Основные этапы развития психиатрии (по Ю.М. Кузнецову, 1999)

Наименование этапа	Период времени	Краткая характеристика
Эмпирический	**до конца XVIII века** (снятие Ph. Pinel цепей с душевнобольных)	Формировавшиеся представления о психических расстройствах отражались в мифах, балладах, легендах, религиозных концепциях.
Феноменологический	**конец XVIII– конец XIX века** (до выделения E.Kraepelin первых нозологических форм)	Накопление представлений о симптомах и синдромах психических расстройств. Появление психиатрических клиник и кафедр. Первые научные разработки по лечению психических расстройств.
Нозологический (после введения в 1992 г. классификации МКБ-10, построенной на описательном, феноменологическом принципе, некоторые авторм говорят о переходе к «неокрепелиновскому» этапу развития)	**с конца XIX века до настоящего времени**	Изучение этиопатогенеза, клиники, динамики психических заболеваний. Широкое использование методов психотерапии и психофармакотерапии (после открытия в 1952 году психотропного действия аминазина).

Основные варадигмы (*) в психиатрии

Наименование парадигмы	Краткая характеристика
Эмпирическая	Доминировала в древнейшие времена и античный период. Представления о психических расстройствах формировались как результат наблюдения за больными людьми и отражались в мифах, сказаниях, балладах и т.п.
Религиозио-мистическая	Доминировала в средние века. Отношение к больным определялось господствующими религиозными концепциями (на Западе, преимуществеино, как к людям, одержимым злыми духами, дьяволом и т.п.; в России, в основном, как к «блажеиным», «божьим людям»).
Феиомеиологическая	Формироваиие связано со снятием Ph. Pinel цепей с душевнобольных (1792). Характеризовалась накоплением сведений о симптомах и сиидромах психических расстройств, появлением первых психиатрических систематик и первых научных разработок по лечению психически больных.
Нозологическая	Связывается с выделением E.Kraepelin (90-е годы XIX века) первых нозологических форм. Характеризуется изучеиием особениостей клнники, динамики, терапии и профилактики отдельных психических заболеваний.
В связи с частичным отказом в последиих классификационных версиях DSM и МКБ от нозологического принципа, некоторые авторы (Нуллер Ю.Л) говорят о формировании новой (**«адаптационной»**) парадигмы в психиатрии.	

* — парадигма — концептуально-теоретическая база науки

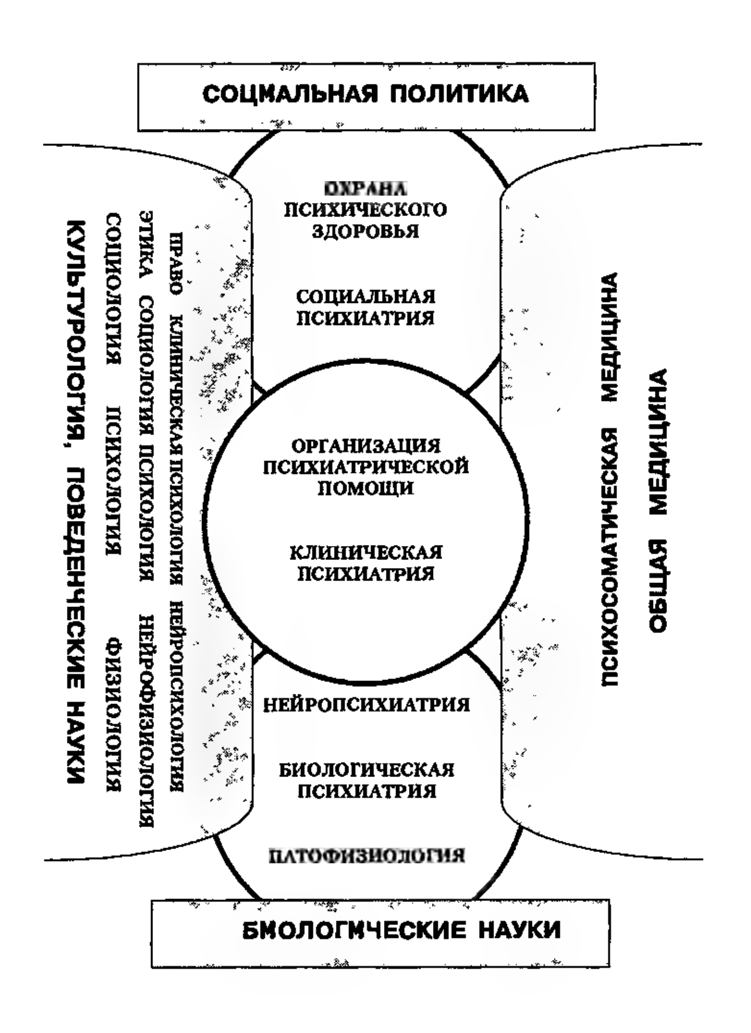
Основные разделы (направления развития) современной психиатрии

Наименование раздела	Предмет изучения
Общая психиатрия	Основные закономерности этиопатогенеза, клиники, динамики, диагностики, терапии и профилактики психических расстройств
Частная психиатрия	Отдельные психические заболевания (нозологические формы)
Психотерапия*	Использование психологических факторов в лечебном процессе
Наркология*	Влияние психоактивных веществ на состояние человека
Детская психиатрия	Особенности психических расстройств, развивающихся в детском возрасте
Психиатрия катастроф**	Особенности психических расстройств, развивающихся в критических, жизнеопасных ситуациях
Военная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у военнослужащих (в мирное и военное время)
Судебная психиатрия**	Особенности психических расстройств, развивающихся у подследственных и осужденных
Психо-фармакология	Разработка психотропных лекарственных средств

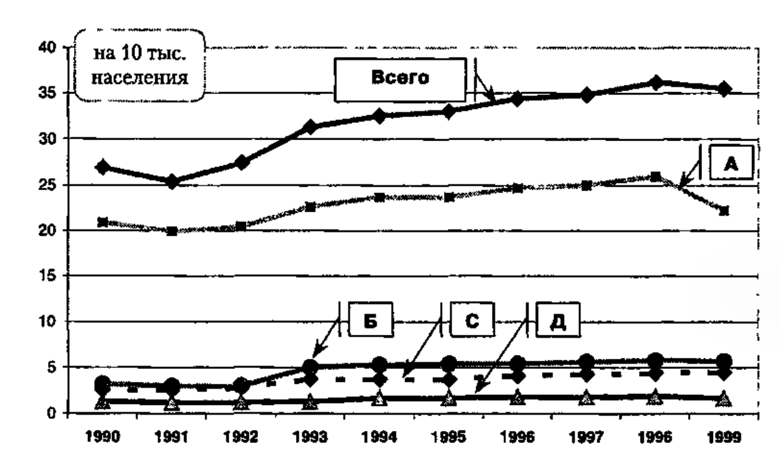
* — в последние годы в России выделяются в качестве самостоятельных медицинских дисциплин;

** — многими авторами рассматриваются как разделы экстремальной психиатрии

Границы современной психиатрии (по В.Н. Краснову, 2001)

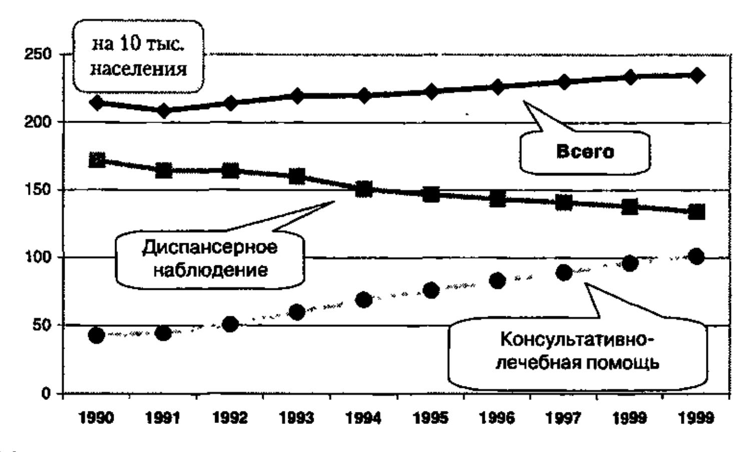


Количество больных психическими расстройствами с впервые в жизни установленным диагнозом (по И.Я. Гуровичу с соавт., 2000)



Непсихотические расстройства (**А**); психозы (**Б**); умственная отстатлость (**С**); шизофрения (**Д**)

Количество больных психическкми расстройствами, состоящих нод наблюдением (по И.Я. Гуровичу с соавт., 2000)



Неотложная и плаиовая госпнтализация в психнатрический стацнонар

Госпитализация в психиатрический стационар требует соблюдения Закона Российской Федерации ***«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»***

Статья 28

Основанием для госпитализации в психиатрический стационар являются:

- наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования и лечения в стациоиарных условиях, либо постановление судьи;
- иеобходимость проведеиия психиатрической (судебно-психиатрической) экспертизы;

Психиатрическая помощь оказывается ***при добровольном*** обращении лица ***или с его согласия***, за исключением случаев, отдельно предусмотренных «Закоиом ...»



Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стациоиар ***без его согласия до постановления судьи***, если его обследование или лечеиие возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- его непосредственную ***опасность для себя или окружающих***;
- его ***беспомощность*** (то есть иеспособность самостоятельио удовлетворять осиовиые жизненные потребиости);
- ***существенный вред*** его ***здоровью*** вследствие ухудшения психического состояния, ***если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.***

Основные показания для неотложной и плановой госпитализации в психиатрический

ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

В плановом порядке госпитализируются больные с иепсихотическими формами психических расстройств, последствиями травм и иейроинфекций, ***не представляющие опасности для себя п окружающих***.

НЕОТЛОЖНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Неотложной госпитализации в психиатрический стационар подлежат больные с психозами, выраженными аффективными расстройствами, синдромами нарушенного сознания, суицидальиыми и импульсивными поступками, ***представляющие непосредственную опасность для себя и окружающих***.

Непосредствеиная опасность больного для себя и окружающих может быть обусловлена следующимн состояниями:

- неправильным поведением, вследствие острого психотического состояиия (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям, галлюцинации, бред, синдром психического автоматизма, синдром нарушеиного сознания, патологическая импульсивность, тяжелые дисфории);
- систематизироваиными бредовыми сиидромами, если они определяют общественуую опасиость поведения больного;
- ипохондрнческими бредовыми состояниями, обусловливающими неправильное поведение, агрессивное отношение больиого к отдельным лицам, организациям, учреждениям;
- депрессивными состояниями, если они сопровождаются суицидальными тендеициями;
- маниакальными и гипоманиакальиыми состояииями, обусловливающими нарущение общественного порядка или агрессивные проявления в отиошении окружающих;
- острыми психотнческнми состояннямн у психопатических личностей, олигофренов и т. п., сопровождающимися возбуждением, агрессией и ииыми действиями опасными для себя и окружающих.

Раздел 2. Симптомы психических расстройств



Дифференциальная диагностика истиинных и ложных галлюцииаций

КРИТЕРИИ ОТГРАНИЧЕНИЯ			
Галлюцинации	**Проекция патологических образов**	**Чувственная яркость, живость галлюцинаторных образов**	**Чувство насильственности, «сделанности», влияние навне**
Истинные	в окружающее пространство («вовне»)	сохранена	отсутствует
Ложные (псевдогаллюцинации)	в субъективное пространство («вовнутрь»)	отсутствует	выявляется

МЫШЛЕНИЕ – отражение действительности в ее внутренних (существенных) связях и отношениях

По темпу ассоциативного процесса	**По стройности ассоциативного процесса**
ускорение замедление обстоятельность шперрунг	бессвязанность разорванность резонерство разноплановость

Непродуктивные (по «форме»)

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Продуктивные (по «содержанию»)

Навязчивые идеи (обсессии)	**Сверхценные идеи**	**Бредовые идеи**
Непроизвольно возникающие, не адекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов»)	Аффективно окрашенные, доминирующие суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов»)	Ошибочные, некорригируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и определяющие мировоззрение больного

Классификация обсессий

Идеаторные обсессии	Навязчивые влечения (мании)	Навязчивые страхи (фобии)	Навязчивые действия
Навязчивые: — мысли — воспомииания — представления — сомнения	(при наличии «борьбы мотивов») — клептомания — пиромания — дромомания — суицидомания	— агорафобия — клаустрофобия — мизофобия — нозофобии — гипсофобия — фобофобия и др.	— не сочетающиеся с фобиями — сочетающиеся с фобиями (ритуалы)

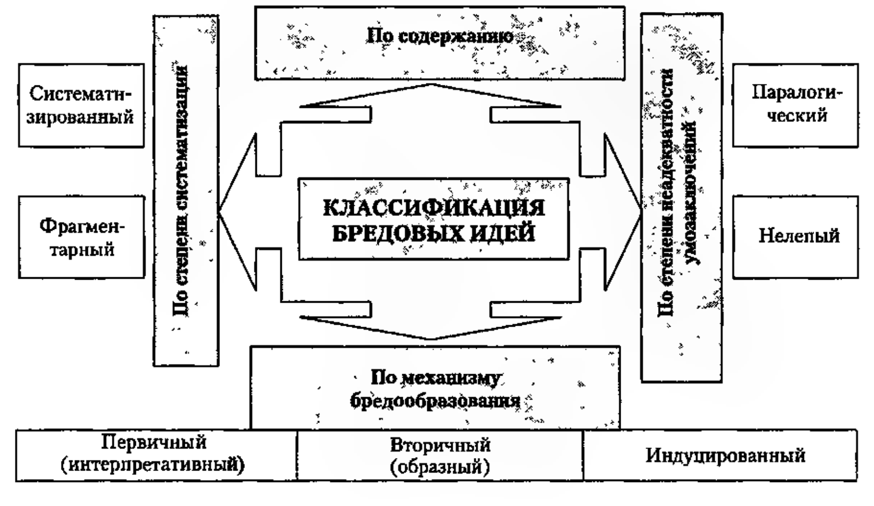


Отвлеченные	Образные	Контрастные
Не сопровождаются аффективиым напряжением	Сопровождаются аффективным напряжением	Развиваются в обстановке, исключающей возможность их выполнения

Варианты сверхценных идей (по А.О. Бухановскому с соавт., 1998)

Переоценка биологических свойств своей личности	Переоценка психологических свойств своей личности или ее творчества	Переоценка социальных факторов
– дисморфофобические – ипохондрические – сексуальной неполноценности – самоусовершенствования	– изобретательства – реформаторства – талантливости	– виновности – эротические – сутяжничества (кверулянства)

Бредовые идеи преследования	Бредовые идеи величия	Бредовые идеи самоуничижения
– преследования – воздействия – отравления – отношения – ущерба – интерметаморфозы – сутяжный	– изобретательства – реформаторства – высокого происхождения – любовного очарования – величия	– виновности – ипохондрический – нигилистический – дисморфомания – одержимости – метаморфозы



Расстройства памяти

ПАМЯТЬ – процесс образования (фиксации), хранения (ретенции), воспроизведения (репродукции) и забывания следов ощущений и восприятий



ВНИМАНИЕ – направленность и сосредоточенность психической деятельности на определенном объекте

Симптомы	Краткая характеристика
Апрозексия	полное отсутствие («выпадение») внимания
Гипопрозексия (рассеянность)	неспособность к сосредоточению внимания
Истощаемость	неспособность к длительному сосредоточению внимания
Слабая распределяемость	сосредоточенность только на ситуационно значимом объекте (сужение «поля внимания»)
Гиперметаморфоз (отвлекаемость)	повышенная переключаемость внимания
Застреваемость (прикованность)	сниженная переключаемость внимания


ЭМОЦИИ – переживание человеком его отношения к окружающему миру и к самому себе
Аффект
Настроение
По выраженности и длительности эмоциональных нарушений
РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ
По характеру («содержанию») эмоциональных нарушений
Симптомы снижения настроения
– гипотимия
– тоска
– дистимия
– дисфория
– тревога
– страх
Симптомы повышения настроения
– гипертимия
– эйфория
– мория
– экстаз
Симптомы неустойчивости эмоциональной сферы
– эмоциональная неустойчивость
– эмоциональная лабильность
– слабодушие
Качественное искажение эмоций
– эмоциональное оскудение
– эмоциональная тупость
– апатия
– психическая анестезия

Расстройства воли. Расстройства влечений. Двигательные расстройства

ВОЛЯ — способность к активной, сознательной н целенаправленной деятельности

РАССТРОЙСТВА ВОЛИ

Абулия
(«отсутствие» волевых побуждений)
встречается при шизофреническом дефекте; органическом поражении лобных долей головного мозга

Гипобулия
(снижение волевых побуждений)
отмечается при депрессивных, астенических состояниях

Гипербулия
(болезненное повышение волевых побуждений)
характерна для наркомании, паранояльного, маниакального синдромов

Парабулия
(качественное извращение волевых побуждений)
выявляется при шизофренин, психопатиях

ВЛЕЧЕНИЕ — неосознанное стремление к удовлетворению потребностей

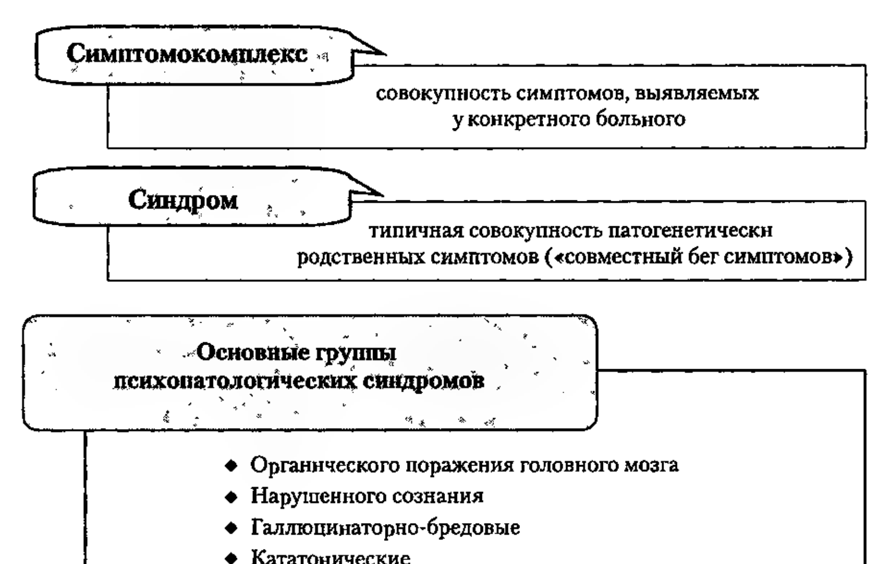
РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

Ослабление	Усиление	Извращение
— анорексия — гипосексуальность	— булимия — полидипсия — гиперсексуальность	— полифагия — суицидомания (*) — клептомания (*) — дромомания (*) — пиромания (*) — амбитендентность — негативизм — половые извращения — каннибализм

* — при отсутствии «борьбы мотивов»

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Гипокииезии (акинезии)	Дискииезии (паракинезии)	Гиперкинезии
— параличи и парезы — разновидности ступора: * аффективный * истерический * депрессивный * галлюцинаторный * апатический * кататонический	— эхопраксия — эхолалия — стереотипии — парамимия	— гиперкинезы — разновидности психомоторного возбуждения: * истерическое * маниакальное * галлюцинаторно-бредовое * гебефреническос * кататоническое * эпилептиформное



СИНДРОМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- **Психоорганический**
- **Амнестический (Корсаковский) симптомокомплекс**
- **Эпилептиформный**
- **Деменция**

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

(Walter-Buel, 1951)

1. Интеллектуальное снижение (недоосмысление, недопонимание)

2. Недержаиие аффекта (слабодушие)

3. Мнестические нарушения



- Острый
- Хроиический

Клинические варианты (стадии):

- Астенический
- Эксплозивный
- Эйфорический
- Апатический

- Локальный
- Диффузный

Особенности «психоорганической трнады» при некоторых заболеваниях

Основной синдром	Заболевания	Преобладающие расстройства
Корсаковский	Алкоголизм	Мнестические
Деменция	Атрофические заболевания головного мозга	Интеллектуальные
«Лобный»	Опухоли мозга	Аффективные

КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ
(амнестический)

1. Фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка)
2. Ретро-, антероградная амнезия
3. Конфабуляции
4. Эйфория

ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ

Пароксизмальные расстройства, возникающие прп различных экзогепио- и эндогенно-органических поражениях головного мозга

ДЕМЕНТНЫЙ СИНДРОМ

Приобретенное слабоумие

- Тотальный
- Парциальный

Особые виды деменции:

- Шизофреническая
- Эпнлептическая
- Психопатическая

Диагностические критерии деменции (по МКБ-10)

А

Требуется наличие обоих следующих признаков:

1) Ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушиться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала.

Снижение памяти должно подтверждаться объективным анамнезом и, по возможности, данными нейропсихологического тестирования или количественной оценкой.

Выделяют легкое, умеренное и тяжелое расстройство памяти *

2) Снижение других когнитивных способностей характеризуется ослаблением критики и мышления, а также ухудшением общей обработки информации.

Снижение когнитивных способностей должно подтверждаться объективным анамнезом и, по возможности, данными нейропсихологического тестирования или их количественной оценкой. Должно быть отмечено ухудшение по сравнению с предыдущим, более высоким уровнем продуктивности.

Выделяют легкое, умеренное и тяжелое нарушение когнитивных способностей **



Отсутствие признаков помрачения сознания



Если на фоне деменции имеют место эпизоды делирия, то диагноз деменции следует отвергнуть.



Снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения, проявляющееся минимум одним из следующих признаков: 1) эмоциональная лабильность; 2) раздражительность; 3) апатия; 4) огрубение социального поведения.



Для достоверного клинического диагноза симптомы группы «А» должны наблюдаться отчетливо на протяжении **не менее 6 месяцев** (если же период с начала манифестации короче, то диагноз может быть лишь предположительным).

- — диагноз подтверждается также данными о поражении других высших корковых функций (напр.: афазией, апраксией, агнозией и т.д.);
- — общая тяжесть деменции определяется уровнем нарушения памяти или интеллекта в зависимости от того, что более выражено (напр.: при легком расстройстве памяти и умеренном интеллектуальном снижении расстройство оценивается как деменция умеренной тяжести)

Синдромы нарушенного сознания

Выключение сознания	Помрачение сознания	Нарушение самосознания
– кома – сопор – оглушенность	– делирий – онейроид – аменция – сумеречное помрачеиие сознания	– неадекватная самооценка – дереализация – деперсонализация – психические автоматизмы – бредовые расстройства самосознания – распад самосозиания

Синдромы выключения сознания

Синдром	Словесный контакт	Болевая чувствительность	Рефлексы
Оглушеиность	+	+	+
Сонор	–	+	+
Кома	–	–	–

Основные признаки помрачения сознания («тетрада К. Ясперса», 1923)

Психопатологические проявления	«Поверхиостные» нарушения сознания	«Глубокие» расстройства сознания
Нарущения восприятия	Утрата дифференцированностн, избирательности, отчетливости («эпикритичности») отражения окружающего	Отрешенность от окружающего как следствие наплыва иллюзорно-галлюцинаторных обманов чувств
Нарущения мышлеиия	Непоследовательность ассоциативного процесса, недостаточное осмысление окружающего	Бессвязность (инкогерентиость) мышления, либо формирование вторнчного (чувственного) бреда
Нарушения ориентировки	Нарушение аллопсихической ориентировки (прежде всего во временн)	Нарушение алло- и аутопсихической ориентировки
Нарушения памяти	Неполные, отрывочные воспомниания	Полная амнезия реальных событий

Сравнительная характеристика делириозного и оиейроидного синдромов (по В.К. Смириову, 1983)

Факторы	Признаки	Делирий	Оиейроид
Условия развития и особенности течения	этнология	экзогенная	эндогенная
	длительность	часы-дни	дни-недели
	течение	ундулирующее	стабильное
	время суток	ночное	не зависит
Форма и содержание переживаний	галлюцинации	истинные	ложные
	содержание переживаний	микро-, макро-, зоопсии, профессиональные и бытовые сцены	фантастичность мегаломаничность
	временная проекция	настоящее время	прошлое, будущее
	ассоциации	фрагментарные	последовательные
Реакция личности и организма	самосознание	сохранено	перевоплощение, двойная ориентировка
	поведение	соответствует характеру переживаний	диссоциация поведения и переживаний
	тонус мышц	не изменен	кататонические расстройства
	воспоминания	фрагментарные	относительно последовательные

Сравнительная характеристика сумеречного помрачеиия сознания и аменции

Сумеречное помраченне («концентрическое помрачение»)	Аменция («инкогерентное помрачение»)
Пароксизмальность возникновения и окончания	Развитие постепенное
«Спонтанное» возникновение	Развивается при длительных, истщающих соматических заболеваниях
Возможны развернутые галлюцинаторно-бредовые переживания	Рудиментариость, фрагментарность продуктивной симптоматики
Возможны разрушительные и агрессивные действия	Хаотические движения, элементы кататонических расстройств
Крайняя аффективная насыщенность переживаний	Аффект недоумения, растерянности
Действия могут производить впечатление преднамеренных, возможно внешне упорядоченное поведение	Возбуждение в пределах постели (яктация)
Отношение к совершенному как к «чужим поступкам»	Полиая амнезия пережитого

НЕАДЕКВАТНАЯ САМООЦЕНКА

повышенная	пониженная

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ

Переживание измененности своей психической деятельности

аутопсихическая	аллопсихическая (дереализация)	соматопсихическая

ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ

Переживание отчуждения своих психических актов

идеаторные	сенсорные	моторные

БРЕДОВЫЕ РАССТРОЙСТВА САМОСОЗНАНИЯ

бредовые идеи величия	бредовые идеи самоуничижения

РАСПАД САМОСОЗНАНИЯ

Кататонические синдромы



Гебефренический синдром («триада О.В. Кербикова»)

1. Манерно-дурашливое поведение («гимнастические» сокращения лицевой мускулатуры, «гримасничанье»);
2. Безмотивные действия (поступки, не являющиеся ни импульсивными, ни обусловленными патологическими мотивами; феиомеи «бездействия мысли»);
3. Мория (непродуктивная эйфория, бессодержательно веселое настроение).

Галлюцинаторно-бредовые синдромы

- ◊ **галлюцинозы**
- ◊ **паранойяльный**
- ◊ **параноидный**
- ◊ **галлюцинаторно-параноидный**
- ◊ **психического автоматизма** (Кандинского-Клерамбо)
- ◊ **парафренный**



ГАЛЛЮЦИНОЗЫ – состояния, клиническая картина которых, практически, полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций

Зрительные	Слуховые	Обонятельные	Тактильные
— при резком снижении остроты зрения (по типу Ш. Боннэ) — на высоте интоксикации некоторыми ПАВ	— при хроническом алкоголизме	— встречаются редко	— при хроническом отравлении солями тяжелых металлов

По каналу анализатора

КЛАССИФИКАЦИЯ ГАЛЛЮЦИНОЗОВ

По типу течения

Острые	Хронические
сопровождаются аффектом растерянности, недоумения, тревоги; характерно двигательное возбуждение	развиваются на фоне монотонного аффекта, характеризуются однообразием галлюцинаций

Структура паранойяльного синдрома

1. Интерпретативный бред
2. Стеннчность
3. Гипермнезня
4. Аффективная напряженность
5. Обстоятельность мышлення
6. Повышенная самооценка

Дифференциальная диагностика бредовых синдромов

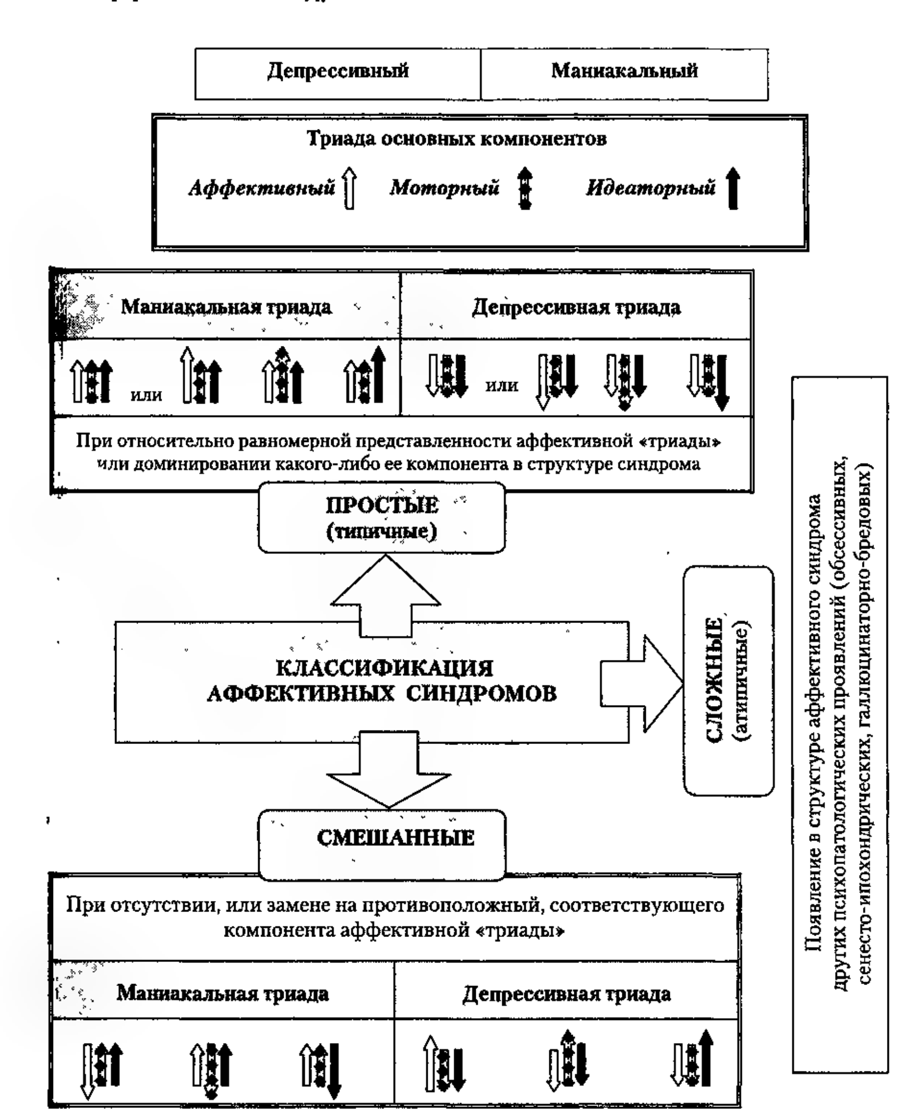
Синдром	Идеи преследования и (или) воздействия	Псевдо-галлюциииации	Другие психические автоматизмы
Параноидный	+ + +	+	+
Галлюцинаторно-параноидный	+	+ + +	+
Психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)	+	+	+ + +

Этапы бредообразовакия

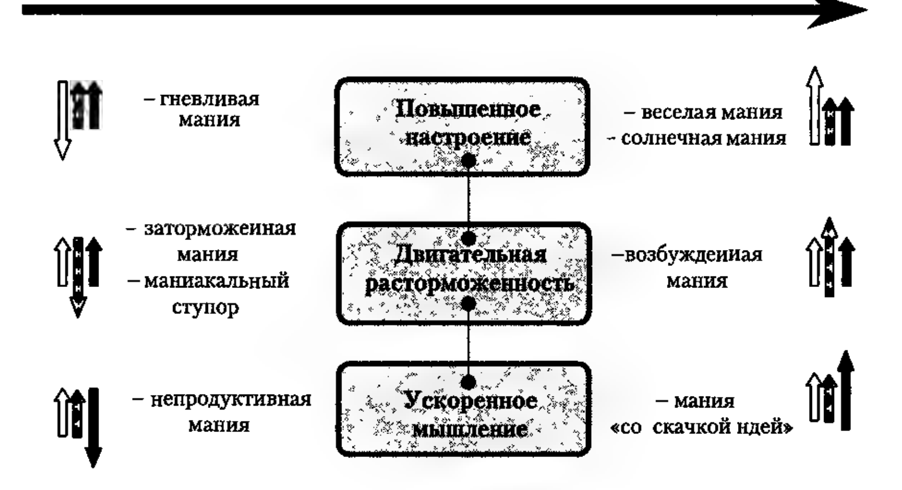
(ио К. Конраду, 1979)	**(но К. Ясперсу, 1923)**
— трема — апофения — анастрофа — апокалнпсис	— бредовое восприятие — бредовое представление — бредовое осозиавание

Структура парафренного синдрома

1. Нелепый бред преследования и воздействия
2. Бред величия
3. Фантастические конфабуляции
4. Эйфория

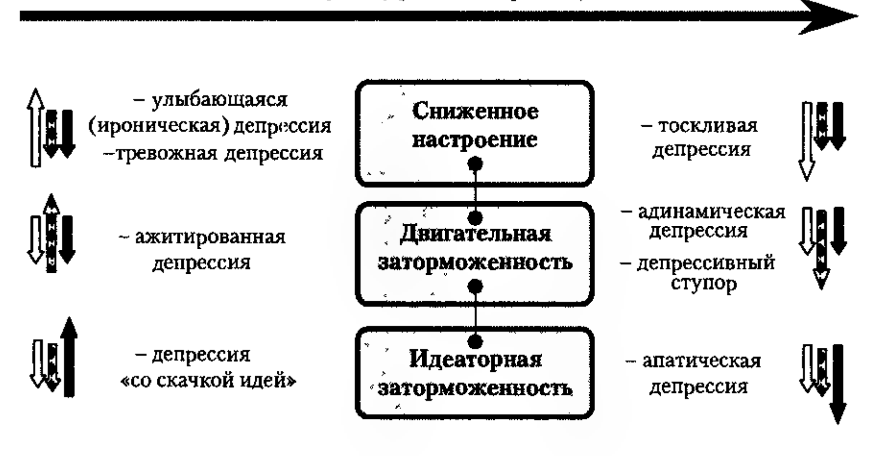

Депрессивный
Маниакальный
Триада основных компонентов
Аффективный
Моторный
Идеаторный
Маниакальная триада
Депрессивная триада
или
или
При относительно равномерной представленности аффективной «триады» или доминировании какого-либо ее компонента в структуре синдрома
ПРОСТЫЕ
(типичные)
КЛАССИФИКАЦИЯ АФФЕКТИВНЫХ СИНДРОМОВ
СЛОЖНЫЕ
(атипичные)
Появление в структуре аффективного синдрома других психопатологических проявлений (обсессивных, сенесто-ипохондрических, галлюцинаторно-бредовых)
СМЕШАННЫЕ
При отсутствии, или замене на противоположный, соответствующего компонента аффективной «триады»
Маниакальная триада
Депрессивная триада




При доминировании соответствующего симптома в структуре синдрома (простые мании)
– гневливая мания
Повышенное настроение
– веселая мания
- солнечная мания
– заторможенная мания
– маниакальный ступор
Двигательная расторможенность
–возбужденная мания
– непродуктивная мания
Ускоренное мышление
– мания «со скачкой идей»
При отсутствии (замене на противоположный) соответствующего симптома в структуре синдрома (смешанные мании)

Вариаиты депрессивного синдрома



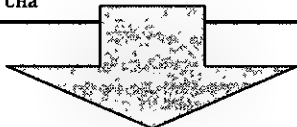


Невротические синдромы

- Астенический
- Истерический
- Обсессивный

Астенический синдром («астеническая триада»)

1. Повышенная психическая и физическая истощаемость
2. Висцеро-вегетативные расстройства
3. Нарушения сна



Клинические формы (стадии)	По этиологии	Клинические варианты
♦ гиперстеиическая ♦ гипостеническая ♦ раздражительной слабости	♦ психогенные ♦ соматогенные ♦ цереброгенные ♦ физиогеиные ♦ адаптационные	♦ астеио-адинамический ♦ астено-депрессивный ♦ тревожно-астенический ♦ астено-ипохондрический ♦ истеро-астенический ♦ астено-сенситивный

Истерический сиидром

1. Конверсиоиные расстройства (психические, вегетативные, чувствительные, двигательные)
2. Диссоциативиые расстройства (психогеиная амнезия, психогенные сумеречные нарушения)
3. Истероидные особенности личности

Обсессивиый синдром

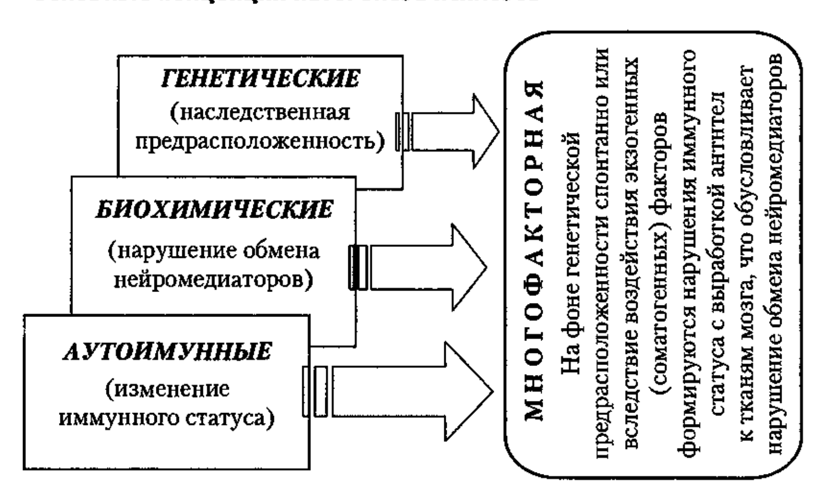
1. Различные обессивные проявления (единичные, генерализованные)
2. «Защнтные» формы поведения (поведение «избегания», ритуалы)
3. Психастенические особенности личности

Ипохондрический сиидром (вариаиты, этапы)

- ♦ Астено-ипохондрический
- ♦ Обсессивно-ипохондрический
- ♦ Депрессивно-ипохондрический
- ♦ Паранойяльный
- ♦ Параноидный
- ♦ Парафренный (синдром Котара)

Раздел 4. Этиология и патогенез психических заболеваний

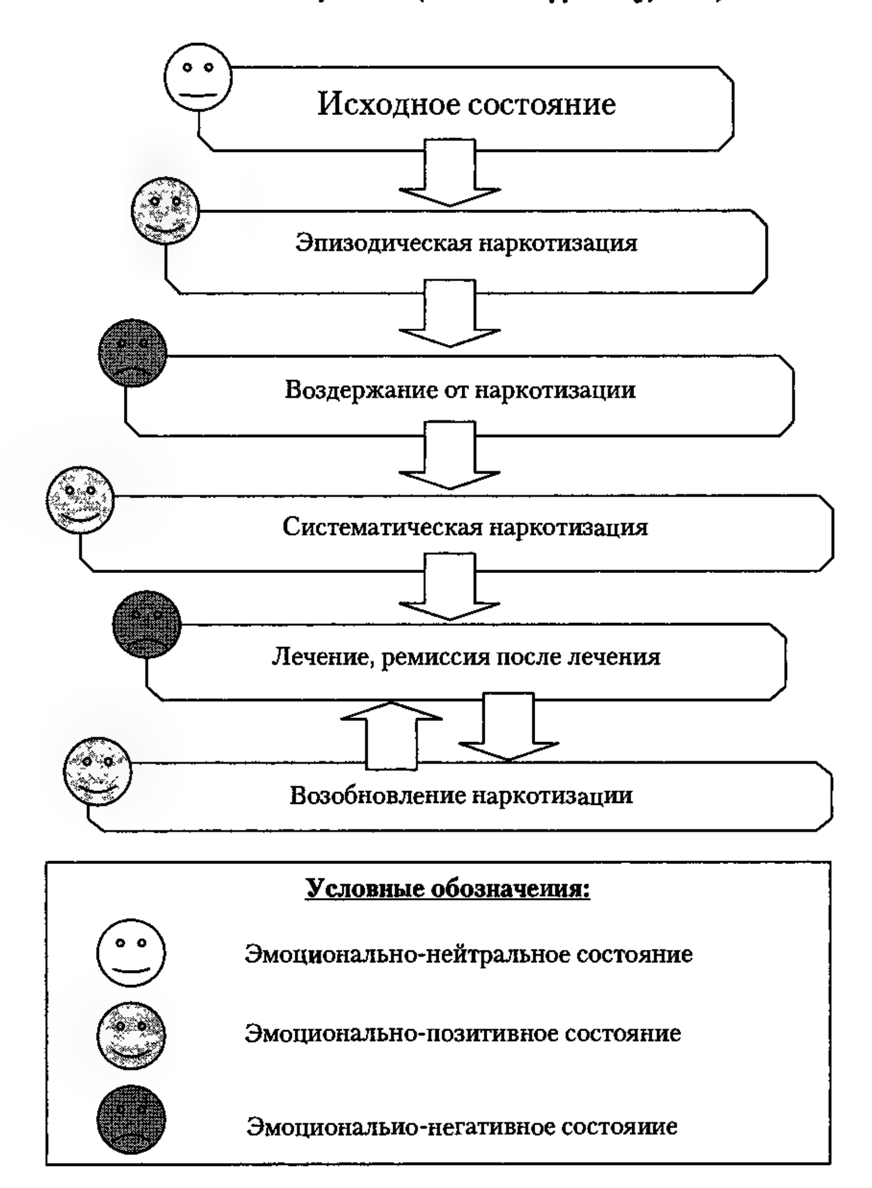
Основные концепции патогенеза психозов

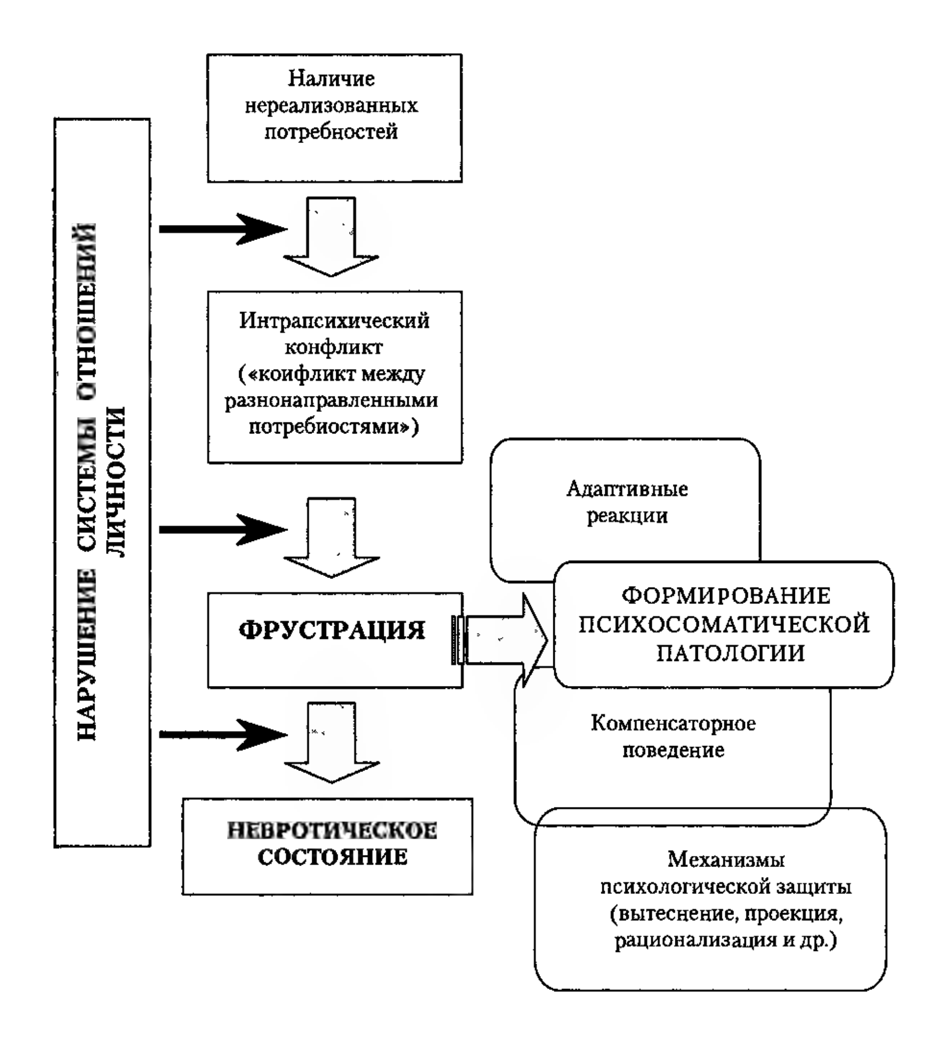


Основпые факторы формирования «экзогенных» психических расстройств



Схема формироваиия зависимости к психоактивиым веществам (по А.Г. Софронову, 1998)




Наличие нереализованных потребностей
Интрапсихический конфликт («конфликт между разнонаправленными потребностями»)
ФРУСТРАЦИЯ
НЕВРОТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ
НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ
Адаптивные реакции
ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
Компенсаторное поведение
Механизмы психологической защиты (вытеснение, проекция, рационализация и др.)

Системный подход к формированию и динамике краевой психопатии (по В.В. Нечипоренко, 1989)

Динамика аномальных черт характера			Содержание этапов динамики	Виды и этапы динамики		
Формирование и изменение аномальных черт личности (АЧЛ)	Качественная смена АЧЛ	ПРОГРЕДИЕНТНОСТЬ ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ	**Трансформация структуры психопатии (развитие)**	РЕГРЕДИЕНТНОСТЬ ПСИХОПАТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ	Психопатическое развитие	Этапы патохарактерологического развития
	Появление новых (ранее не свойственных) АЧЛ		**Психопатический цикл** (психотравмирующее воздействие – психопатическая реакция – декомпенсация – формирование)		Психопатическое формирование	
	Обнажение и углубление АЧЛ		Состояние неустойчивой компенсации – декомпенсация – состояние неустойчивой компенсации – декомпенсация		Психопатическое накопление	
	Усиление и обострение АЧЛ		Психопатическая реакция – фазовое состояние – психопатическая реакция – фазовое состояние		Психопатическая декомпенсация	
			Предаффективный этап – аффективный разряд – постаффективная астения		Психопатическая реакция	
	Формирование (приобретение) АЧЛ		Психотравмирующее воздействие – характерологические реакции – патохарактерологические реакции – транзиторное расстройство личности – психопатические реакции		Завершающий	Этапы формирования психопатии
					Структурирования	
					Начальный	

Уровни диагностики
(по Ф. Дж. Янчак с соавт. 1997)

Диагностический уровень	Описание	Пример	Диагностическое суждение
Симптоматический	Отдельные симптомы	Слуховые галлюцинации	Психотическое состояние, БДУ***
Синдромологический	Комплекс симптомов – критерии включения/ исключения	Раздражительность; ускоренная, нецеленаправленная речь, бессонница, поверхностные суждения	МДП, маниакальная фаза с атипичными психотическими включениями
Патофизиологичекий	Очевидные структурные или биохимические изменения	Повыщенные показатели тиреоидной функции, снижение уровня ТТГ*	Гипертиреоидизм
Этиологический	Известные причинные факторы	Наличие тиреоидных антител, диффузный токсический зоб по результатам УЗИ**	Вторичный тиреотоксикоз, вызванный гипертиреоидизмом Грэйва

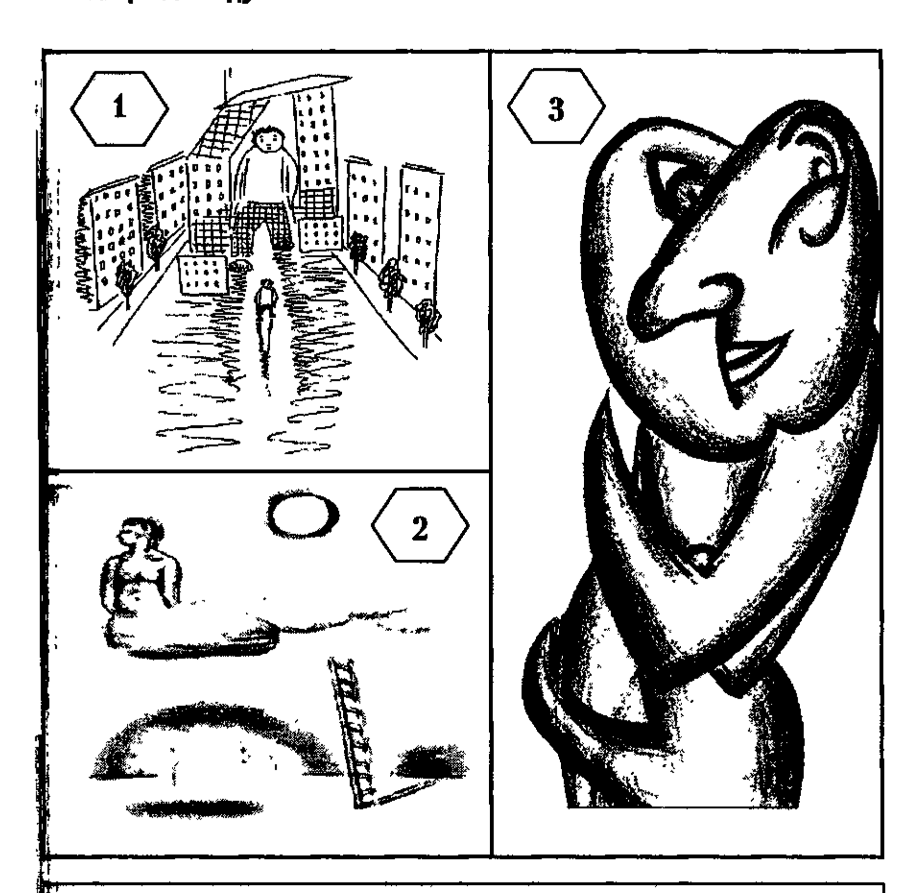
* – ТТГ – тиреотропный гормон; ** – УЗИ – ультразвуковое исследование; *** – БДУ – без дополнительных указани

Основные диагностические оси в психиатрии

Наименование оси	Предназначение оси
Феномено-логическая	Нозологическая, синдромологическая и симптоматологическая характеристика состояния
Уровневая	Экспертная (врачебная) и субъективная оценка (самооценка) выраженности расстройств
Функциональная	Изучение особенностей адаптивного реагирования личности и организма (оценка психологической адаптации, способности к деятельности, характеристик приспособительного поведения)
Психосоциальная	Оценка качества социальной адаптации в основных сферах жизнедеятельности (образование, семья, работа, досуг и др.)

Основные методы диагностики в психиатрии

Метод	Направленность метода (его разновидности)
Клинический психиатрический	Включает в себя осмотр, беседу (изучение субъективного анамнеза и психического статуса), динамическое наблюдение и сбор объективных анамнестических сведений
Экспериментально-психологический	*Психометрические* (ориентированы на «количественное» изучение личностных свойств и характеристик психического состояния)
	Проективные (направлены на изучение подсознательных психических процессов)
	Нейропсихологические (направлены на оценку психических функций при «очаговых» поражениях головного мозга)
Психофизиологический	Изучение показателей умственной и физической работоспособности
Дополнительные	Электрофизиологические, лабораторные, рентгенологические, генетические, эпидемиологические, «нетрадиционные» (рефлексодиагностические, «энергоинформационные» и др.)



1 – деперсонализационно-дереализационные переживания больного с органическим поражением головного мозга;
2 – онейроидные переживания больного шизофренией;
3 – аффективные переживания больного с маниакально-депрессивным психозом

1 – эмоциональные переживания больного с реактивной депрессией;

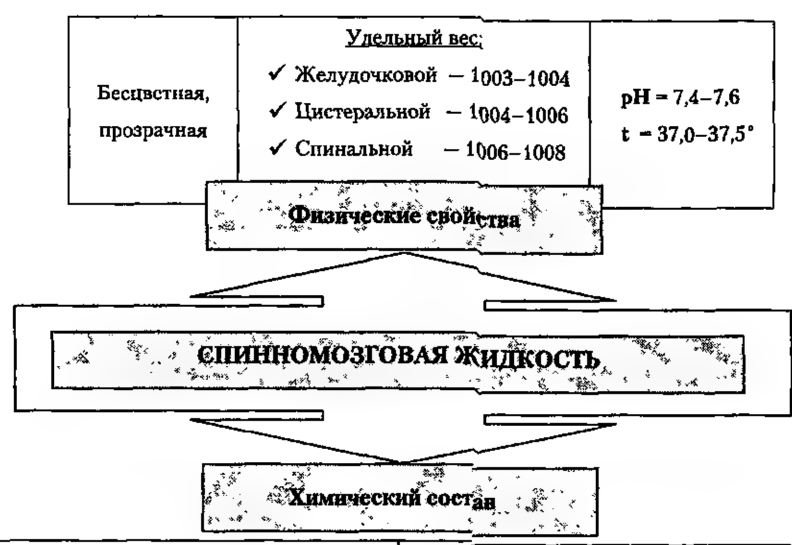
2 – гипнагогические галлюцинации больного хроническим алкоголизмом;

3 – символический рисунок («Жизнь») больного истерической психопатией;

4 – Символический рисунок («Мысль») больного шизофренией



Экспериментально-психологические (патопсихологические) методы в психиатрии направлены на выявление и анализ тех или иных особенностей психики путем создания специальных (стандартных илн варьируемых) контролируемых условий	
Патопсихологические методы, ориентированные иа исследование отдельных психических процессов (сфер психической деятельиости)	
Сфера исихической деятельиости	**Используемые методы**
Внимание	Таблицы Шульте, корректурная проба, счет по Крепелину, методика Мюистерберга и др.
Память	Тест на заучивание слов (цифр), пересказ сюжетных рассказов, пиктограмма и др.
Восприятие	Сенсорная возбудимость, пробы Ашафеибурга, Рейхардта, Липпмана и др.
Мышление	Тесты иа классификацию, исключение, силлогизмы, аналогии, обобщение, ассоциативный эксперимент, раскрытие переносного смысла пословиц, пиктограмма и др.
Эмоции	Тесты Спилбергера-Хаиина, Люшера и др.
Интеллект	Тесты Равена, Векслера и др.
Патоисихологические методы, ориентированные на исследование личности или отдельных болезиеиных проявлений	
Минесотовский многопрофильный личностиый опросник (MMPI), тест Роршаха, тематический апперцепционный тест (ТАТ), патохарактерологический диагностический опросиик (ПДО), уровеиь иевротизации и психопатизации (УНП) и др.	



Неорганические вещества	Органические вещества
✓Хлориды (120–130 ммоль/л)	✓Общий белок: – люмбальной СМЖ (0,22–0,33 г/л – цистеральной СМЖ (0,12–0,22 г/л) – желудочковой СМЖ (0,1–0,2 г/л)
✓Фосфор: – общий (0,58–0,97 ммоль/л) – неорганический (0,19–0,29 ммоль/л) – органический (0,39–0,68 ммоль/л)	✓Белковые фракции: – альбумины (46,6–52,8%) – глобулины (53,4–47,2%)
✓Натрий (111,8–144,0 ммоль/л)	✓Белковый коэффициент (отношение альбуминов к глобулинам) – 0,8–1,1
✓Калий (3,07–4,35 ммоль/л)	✓Фибриноген (0,0019–0,0030 г/л)
✓Кальций (1,25–1,62 ммоль/л)	✓Мочевина (1,0–3,3 ммоль/л)
✓Магний (1,1–1,23 ммоль/л)	✓Азот: – общий (11,4-15,7 ммоль/л) – остаточный (8,6–13,6 ммоль/л)
✓Медь (1,57–2,36 ммоль/л)	✓Глюкоза (2,5–4,44 ммоль/л)
✓Железо (следы)	✓Молочная кислота (1,0–1,67 ммоль/л)
	✓Холестерин (0,002–0,011 ммоль/л)

Тип реакции	Методика определения	Диагностическое значение
Панди	Основана на определении степени помутнения СМЖ при добавлении ее к 15% раствору карболовой кислоты. На предметное стекло наносят несколько капель реактива Панди и рядом 1–2 капли ликвора. При их смешении появляется муть различной степени выраженности (в зависимости от количества содержащегося в СМЖ белка). Результат определяется на темном фоне через 2 мин. Степень помутнения обозначается плюсами (+, ++, +++, ++++) или (по системе СИ) цифрами (1, 2, 3)	Дает общее представление о содержании белка в ликворе, не являясь специфической глобулиновой пробой
Нонне-Апельта	Основана на осаждении глобулинов насыщенным раствором сернокислого аммония. В пробирку, содержащую 0,5–1,0 мл реактива наслаивают равное количество СМЖ. Через 2 мин. на границе растворов появляется белое кольцо. Затем пробирку встряхивают и определяют степень помутнения, выражая ее плюсами. Помутнение появляется уже при содержании белка 0,033 г/л	Дает относительное представление о нормальном или патологическом содержании глобулинов, количество которых особенно увеличивается при дегенеративных и хронических воспалительных заболеваниях
Ланге (с коллоидным золотом)	При добавлении патологического ликвора к высокодисперсному коллоидному раствору хлорного золота происходит коагуляция, осаждение частиц и изменения цвета раствора. В каждую из десяти пробирок, содержащих СМЖ в различных разведениях (1:10, 1:20, 1:40 и т.д.), прибавляют по 2,5 мл коллоидного раствора. Результат наблюдают спустя сутки. При нормальном ликворе цвет раствора остается красным во всех пробирках (возможно небольшое снижение его интенсивности в 3-5-й пробирках). При патологических состояниях цвет меняется (изменение цвета оценивается цифрами: 0 – красный, 1 – красно-фиолетовый, 2 – фиолетовый, 3 – сине-фиолетовый, 4 – синий, 5 – голубой, 6 – белый).	Различают нормальный, дегенеративный (изменение цвета в левой половине ряда – наблюдается при сифилисе, опухолях, рассеянном склерозе), воспалительный (изменение цвета в правой половине ряда – наблюдается при менингитах) и смешанный (изменение цвета в левой и средней частях ряда наблюдается при смешанных менинго-паренхиматозных поражениях) типы кривых

Особенности ЭЭГ в зависимости от функционального состояния различных отделов подкорковых мозговых структур

Бета-ритм	Ритмические колебания потенциалов с частотой 14–35 в 1 сек. Лучше выражен в лобно-центральных областях мозга, особенно при эмоциональном возбуждении, умственной и физической активности.	
Альфа-ритм	Ритмические колебания потенциалов с частотой 8–13 в 1 сек и средней амплитудой 30–40 мкВ, обычно модулирован в веретена. Лучше выражен в задинх отделах мозга при закрытых глазах в состоянии относительного (умственного и фнзического) покоя.	50 мкВ
Тета-ритм	Ритмические колебания потеициалов с частотой 4–7 в 1 сек, чаще двусторониие синхроиные, с амплитудой 100–200 мкВ, иногда с веретенообразной модуляцией, особенно в лобных областях мозга. Наиболее выражен во время сна, прн умерениой гипоксии и наркозе.	
Дельта-ритм	Ритмические колебания потеициалов с частотой 1–3 в 1 сек и амплитудой от 10 до 250 мкВ н более. Выражеи во время глубокого сна, иаркозе, гипоксии, поражении коры больших полушарий.	1 с

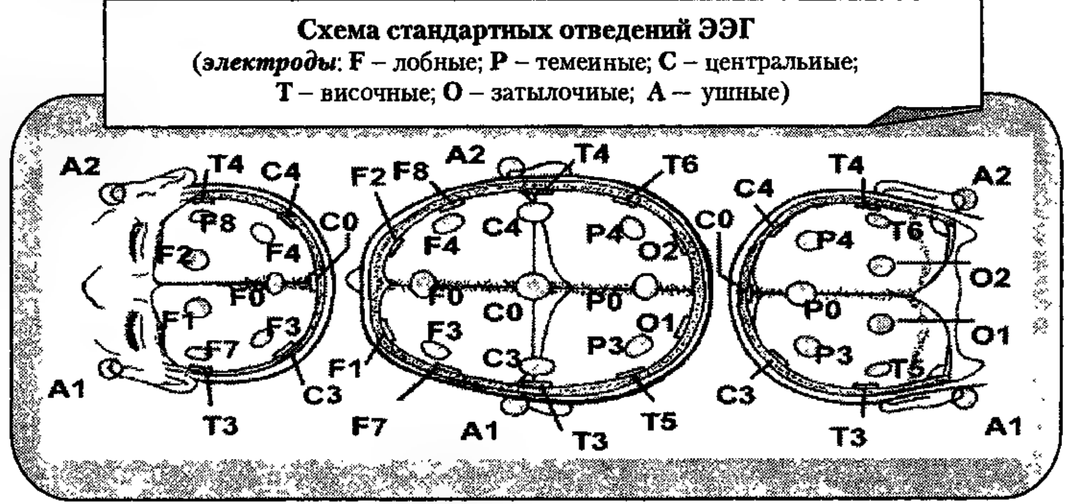
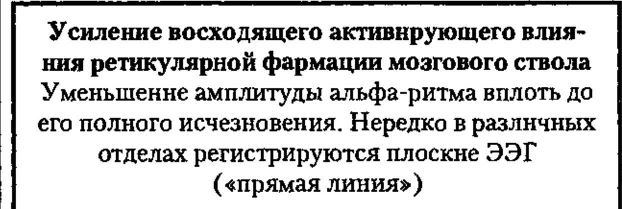


Схема стандартных отведений ЭЭГ
(***электроды***: **F** – лобные; **P** – темеиные; **C** – центральиые; **T** – височные; **O** – затылочиые; **A** – ушные)

Особенности ЭЭГ в зависимости от локализации очага поражения

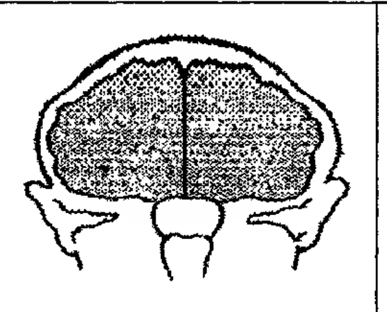
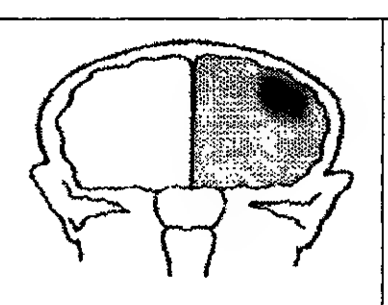
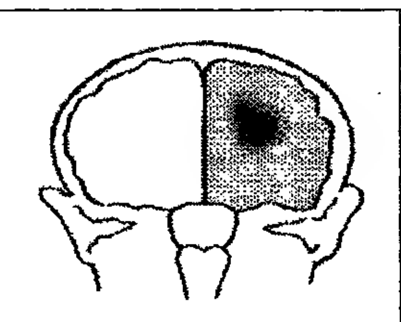
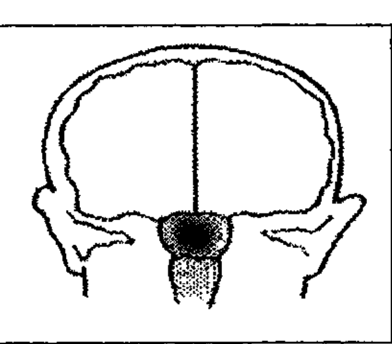
Нарушение функции диэнцефальной области
(зрительный бугор, коленчатые тела, гипоталамус) Обычно регистрируются пароксизмальные разряды, особенно в передних отделах мозга. Возможно появление тета-ритма в различных отделах головного мозга

Нарушение функции мезэнцефальной области
(верхние отделы мозгового ствола)
Пароксизмы и медленная активность чаще регистрируются в задних отделах конвекситальной поверхности полушарий головного мозга

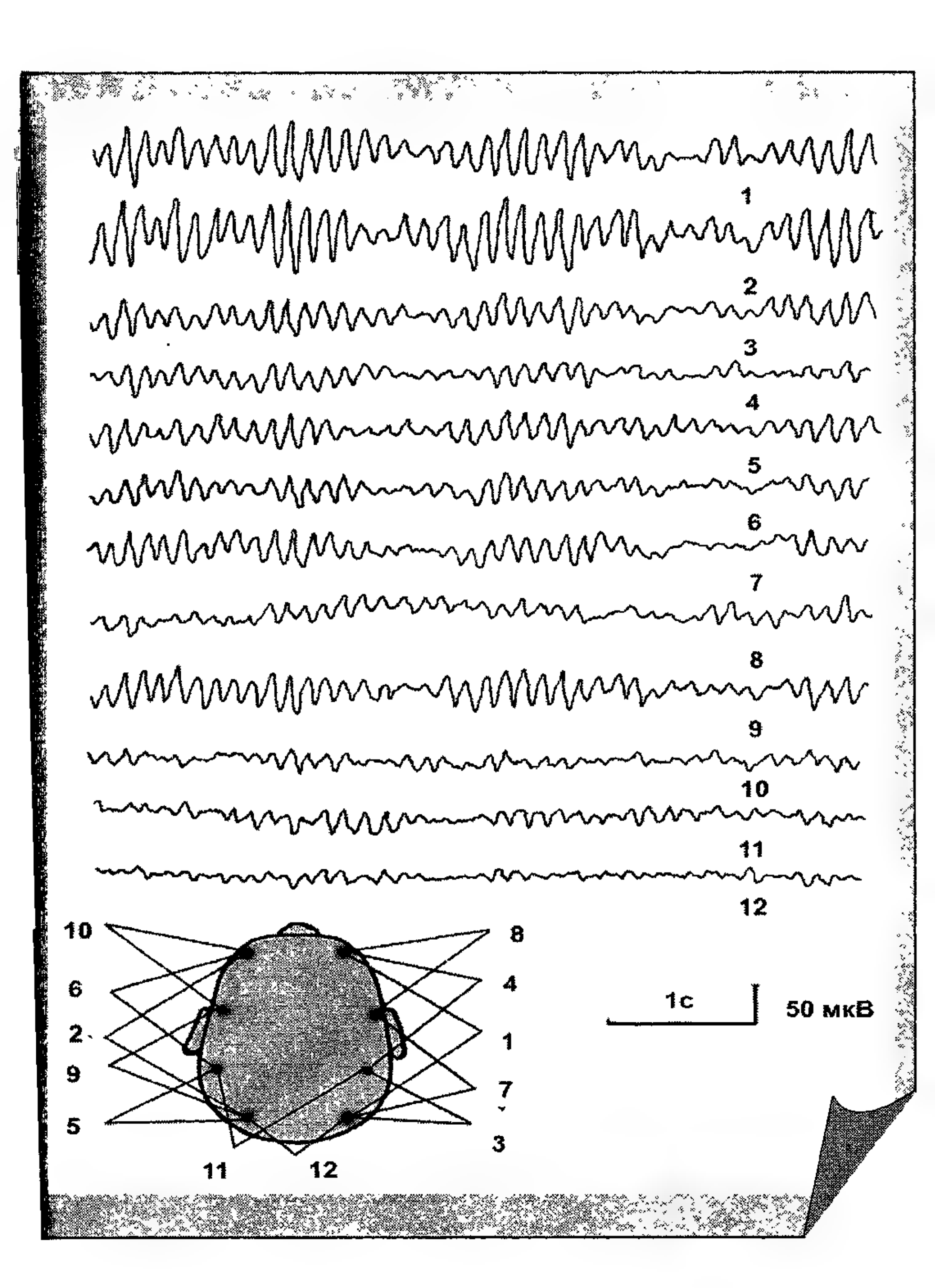


Усиление восходящего активирующего влияния ретикулярной фармации мозгового ствола
Уменьшение амплитуды альфа-ритма вплоть до его полного исчезновения. Нередко в различных отделах регистрируются плоские ЭЭГ («прямая линия»)

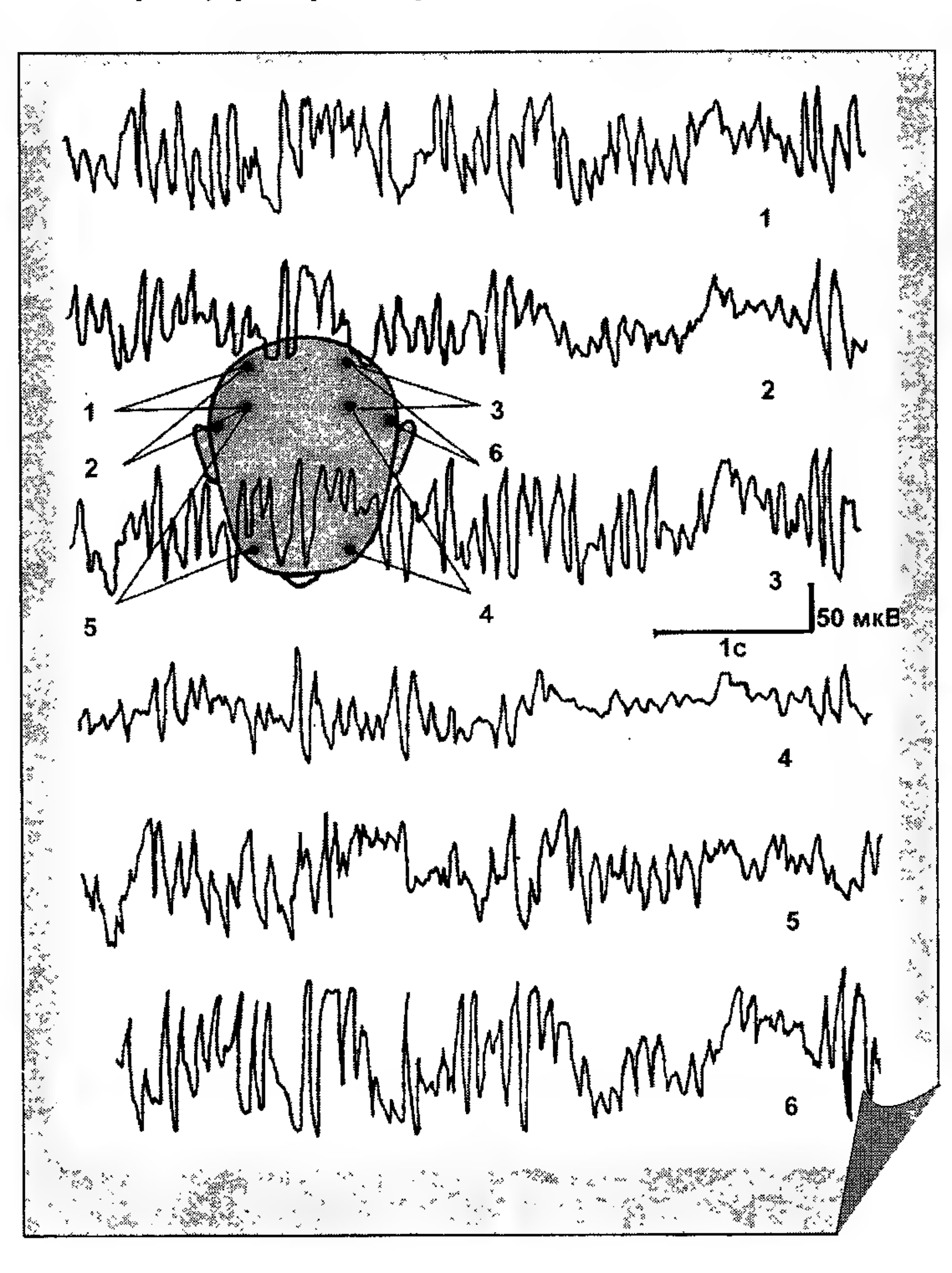
Ослабление восходящего активирующего влияния ретикулярной формации мозгового ствола
Стираются зональные различия альфа-ритма. Он становится одинаковым во всех областях мозга, исчезает депрессия в ответ на открывание глаз. Амплитуда альфа-ритма увеличивается

	**Диффузное поражение мозга** На ЭЭГ отмечаются общемозговые изменения, без топической предпочтительности, в виде дизритмий, появления тета- и дельта-волн, острых колебаний, комплексов пик-волна. Исчезает характерное распределение ритмов и симметричность активности двух полушарий. ЭЭГ дезорганизуется, регистрируется полиритмическая активность
	**Конвекситальное расположенне очага поражения** В области, непосредственио прилегающей к очагу, на ограниченном протяжении регистрируются патологические колебания: медленные дельта- и тета-волны, эпилептоидная активность и др. В месте расположения очага — т.н. «немая зоиа» («зона электрического молчания»)
	**Глубинное расположение очага поражения** Патологические нарушения в результате нарушения проекционных радиально расположенных связей неспецифических систем мозга распространяются на обширные отделы заинтересованного полушария, захватывая две и более долей мозга
	**Очаг поражения в областн мозгового ствола** Патологическая активность распространяется на обширные отделы обоих полушарий. Часто регистрируются билатерально-синхронные медленные колебания, периодические синхронные комплексы

Электроэнцефалограмма в норме



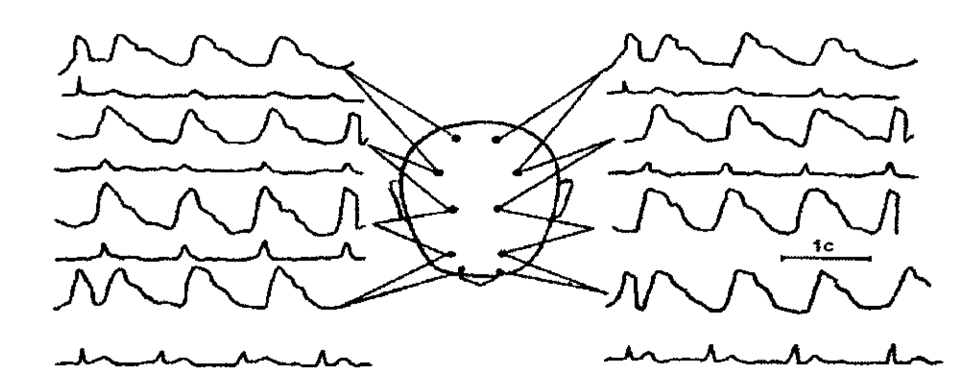
Электроэнцефалограмма при эпилепсии



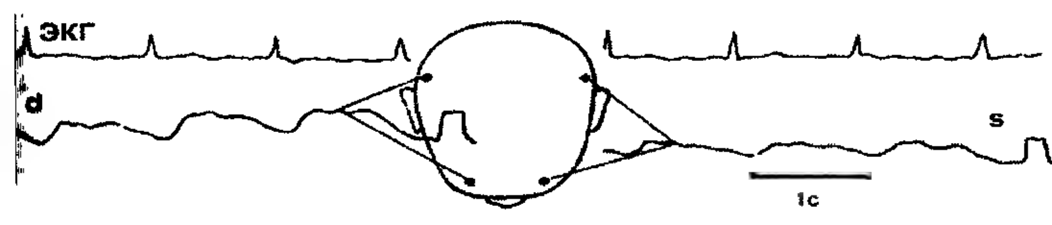
Основные параметры реоволны

1 — начало реоволны;	h_1 — амплитуда систолической волны;
2 — вершнна реоволны;	h_2 — амплитуда реоволны в низшей точке инцнзуры;
3 — поздняя систолическая волна;	h_3 — амплитуда дикротической волны;
4 — ннцизура;	а — время распространения систолической волны;
5 — дикротическнй зубец;	б — время распространения диастолической волны;
6 — конец предыдущей н начало следующей реоволны;	Т — общее время реоволны
t — время запаздывания РЭГ по отношению к кардноинтервалам	

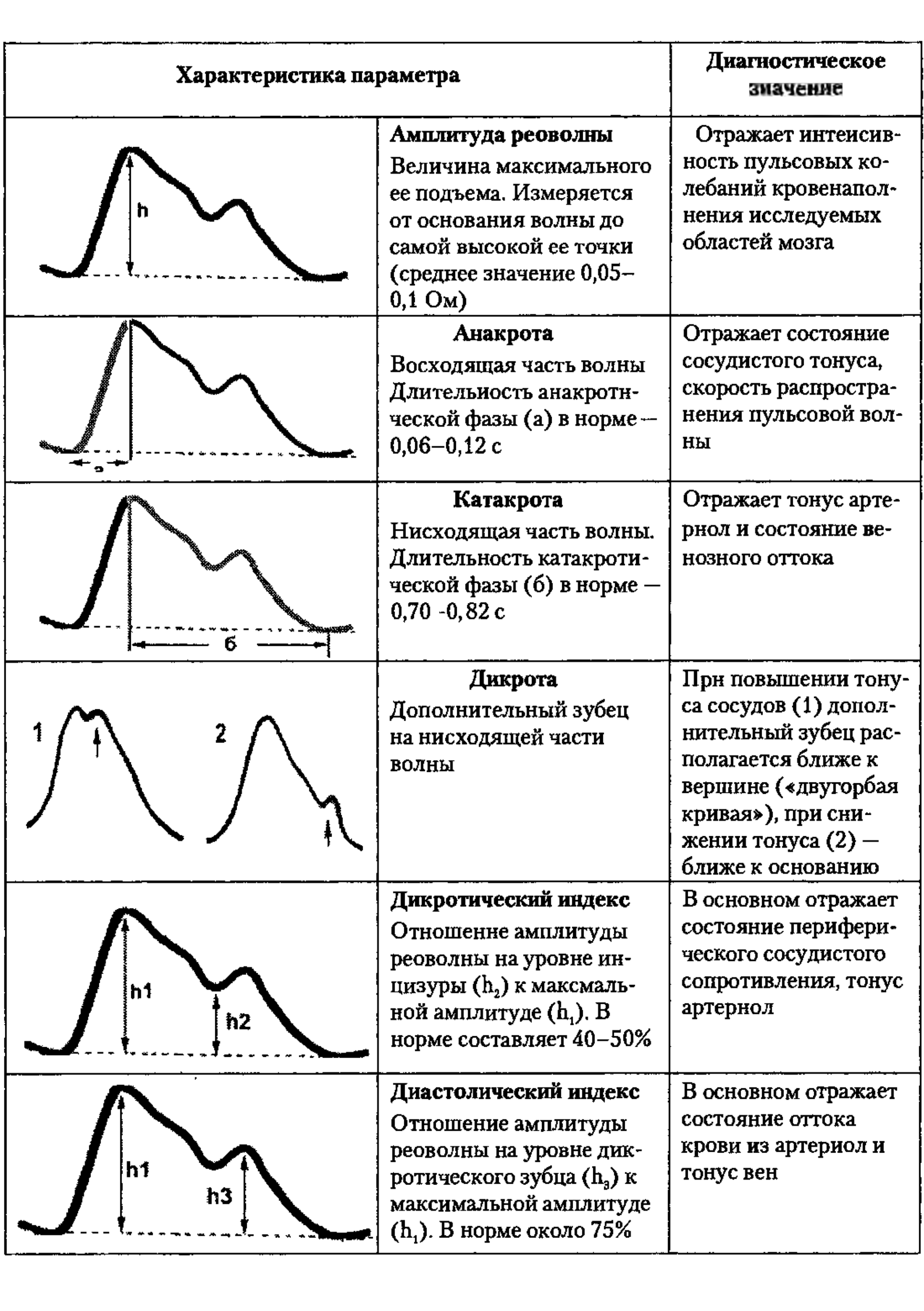
Реоэнцефалограмма в норме



Реоэнцефалограмма при церебральном атеросклерозе

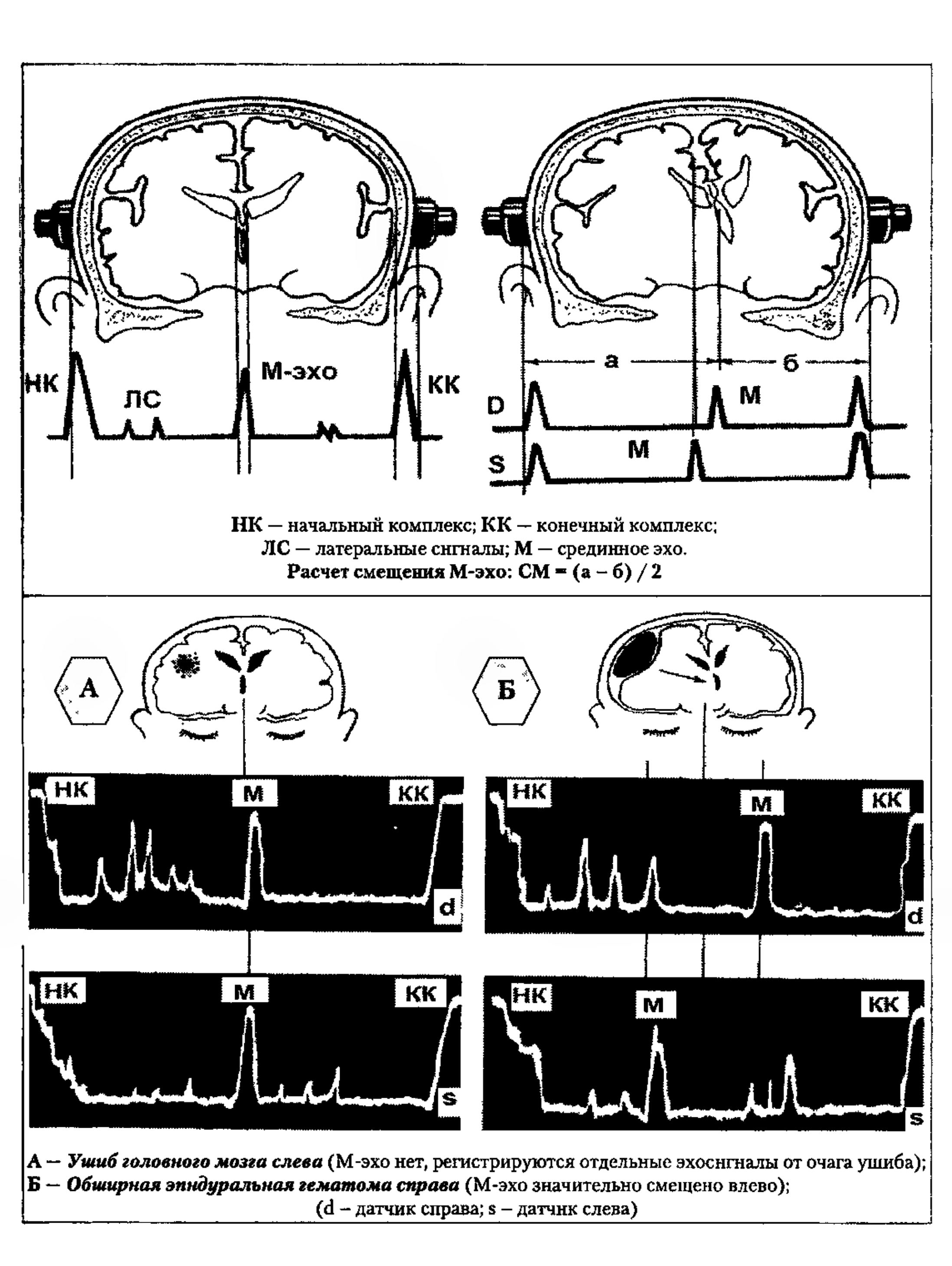


Диагностическое значение отдельных параметров реоволны



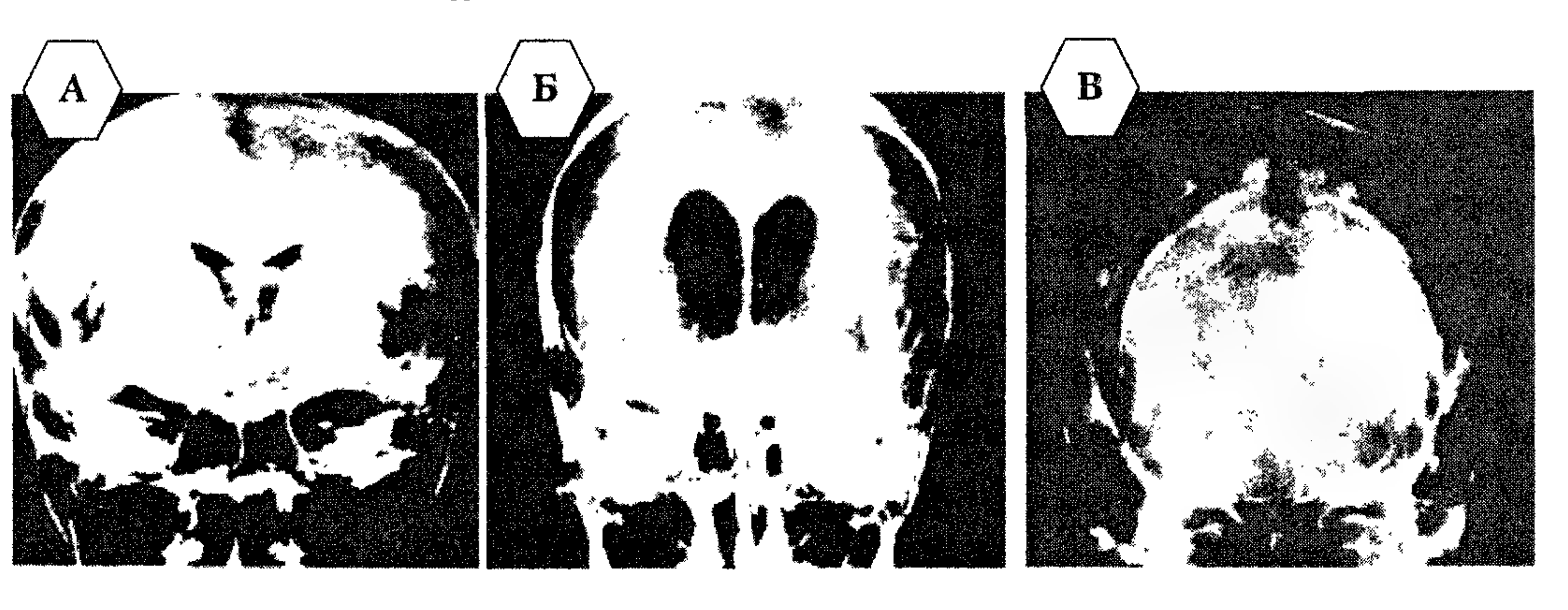
Характеристика параметра		Диагностическое значение
h	**Амплитуда реоволны** Величина максимального ее подъема. Измеряется от основания волны до самой высокой ее точки (среднее значение 0,05–0,1 Ом)	Отражает интеисивность пульсовых колебаний кровенаполнения исследуемых областей мозга
а	**Анакрота** Восходящая часть волны Длительиость анакротической фазы (а) в норме — 0,06–0,12 с	Отражает состояние сосудистого тонуса, скорость распространения пульсовой волны
б	**Катакрота** Нисходящая часть волны. Длительность катакротической фазы (б) в норме — 0,70 -0,82 с	Отражает тонус артерий и состояние венозного оттока
1 2	**Дикрота** Дополнительный зубец на нисходящей части волны	Прн повышении тонуса сосудов (1) дополнительный зубец располагается ближе к вершине («двугорбая кривая»), при снижении тонуса (2) — ближе к основанию
h1 h2	**Дикротический индекс** Отношенне амплитуды реоволны на уровне инцизуры (h_2) к максмальной амплитуде (h_1). В норме составляет 40–50%	В основном отражает состояние периферического сосудистого сопротивления, тонус артернол
h1 h3	**Диастолический индекс** Отношение амплитуды реоволны на уровне дикротического зубца (h_3) к максимальной амплитуде (h_1). В норме около 75%	В основном отражает состояние оттока крови из артериол и тонус вен

Основные параметры эхоэнцефалограммы



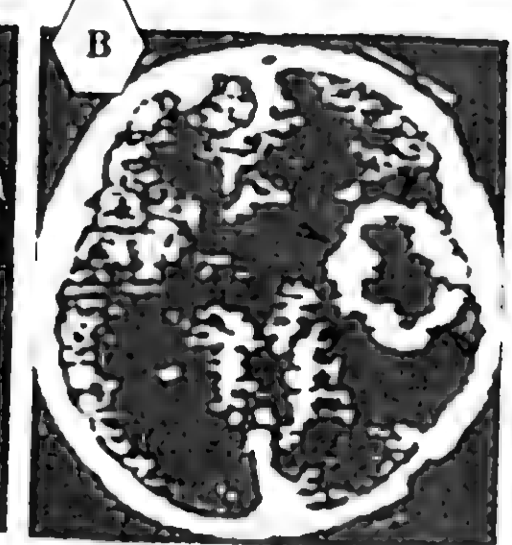
НК — начальный комплекс; КК — конечный комплекс;
ЛС — латеральные сигналы; М — срединное эхо.
Расчет смещения М-эхо: СМ = (а – б) / 2

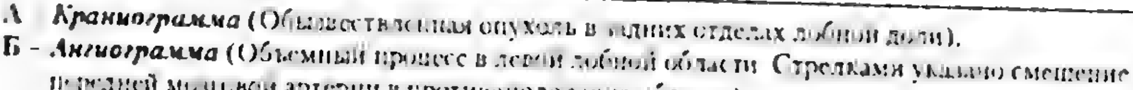
А – ***Ушиб головного мозга слева*** (М-эхо нет, регистрируются отдельные эхосигналы от очага ушиба);
Б – ***Обширная эпидуральная гематома справа*** (М-эхо значительно смещено влево);
(d – датчик справа; s – датчик слева)



А – ***Пневмовентрикулограмма*** (Норма, прямая передне-задняя проекция, хорошо видны контуры III и передних рогов боковых желудочков);
Б – ***Пневмовентрикулограмма*** (Оклюзионная гидроцефалия, равномерное расширение желудочков мозга);
В – ***Краниограмма*** (Гидроцефалия, хорошо видны т.н. «пальцевые вдавления»)

Рентгенологические исследования





А **_Краниограмма_** (Обызвествленная опухоль в задних отделах лобной доли).

Б - **_Ангиограмма_** (Объемный процесс в левой лобной области. Стрелками указано смещение передней мозговой артерии в противоположную область).

В **_Компьютерная томограмма_** (Глиобластома правой височной доли с участками некроза в центральных отделах опухоли);

Раздел 6. Основы терапии психических расстройств

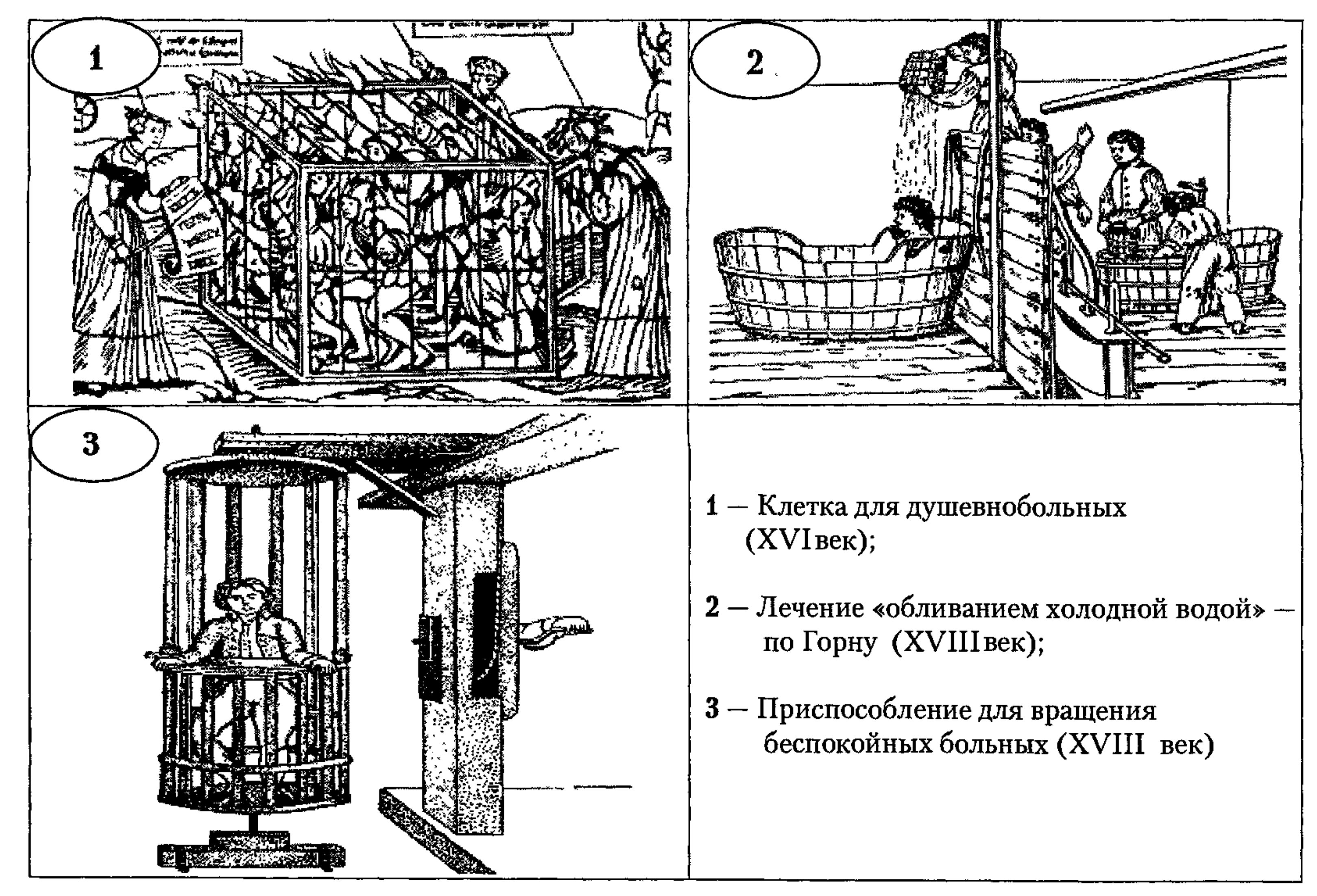
Принципы психофармакотерапии (по Яничак Ф. Дж. и соавт., 1997)

Принцип первый	Основополагающим является процесс постоянного уточнения клинико-диагностической оценки
Принцип второй	Психофармакотерапия сама по себе, как правило, является недостаточной для полного выздоровления
Принцип третий	Длительность лечения и время его начала в первую очередь определяются стадией заболевания
Принцип четвёртый	При разработке плана лечебных мероприятий всегда следует взвешивать соотношение предполагаемой пользы и степени риска иегативных последствий терапии
Принцип пятый	В каждом последующем болезненном состоянии первичный выбор препаратов для данного пациента определяется имеющимися анамнестическими сведениями (в т.ч. и семейным анамнезом) о переносимости определённых лекарственных средств этим больным
Принцип шестой	Очень важно, чтобы терапия была направлена на определённые, ключевые для данного психопатологического состояния симптомы и сопровождалась оценкой их динамики на протяжении всего курса лечения
Принцип седьмой	В процессе всего курса лечения необходимо иаблюдать за возможным проявлением побочного действия лекарств. Подобный мониторинг часто предполагает лабораторные исследования, что обеспечивает контроль как безопасности, так и оптимальной эффективности применяемых назначений

Основные методы лечения психических расстройств

Биологическая терапия	**Психотерапия * (основные психотерапевтические направления по Б.Д. Карвасарскому, 1985)**
Психофармакотерапия	Психоаналитическое (психодинамическая психотерапия)
Инсулинотерапия	Бихевиористское (поведенческая психотерапия)
Электросудорожная терапия	Экзистенциально-гуманистическое
Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)	«Директивное» (суггестивная психотерапия)
Эфферентная терапия	Патогенетическое (личностно-ориентированная психотерапия)
Физиотерапия и другие «аппаратные» методы терапии (оксигенобаротерапия, лазеротерапия, электроанальгезия, магнитотерапия и др.)	
Наркопсихотерапия	

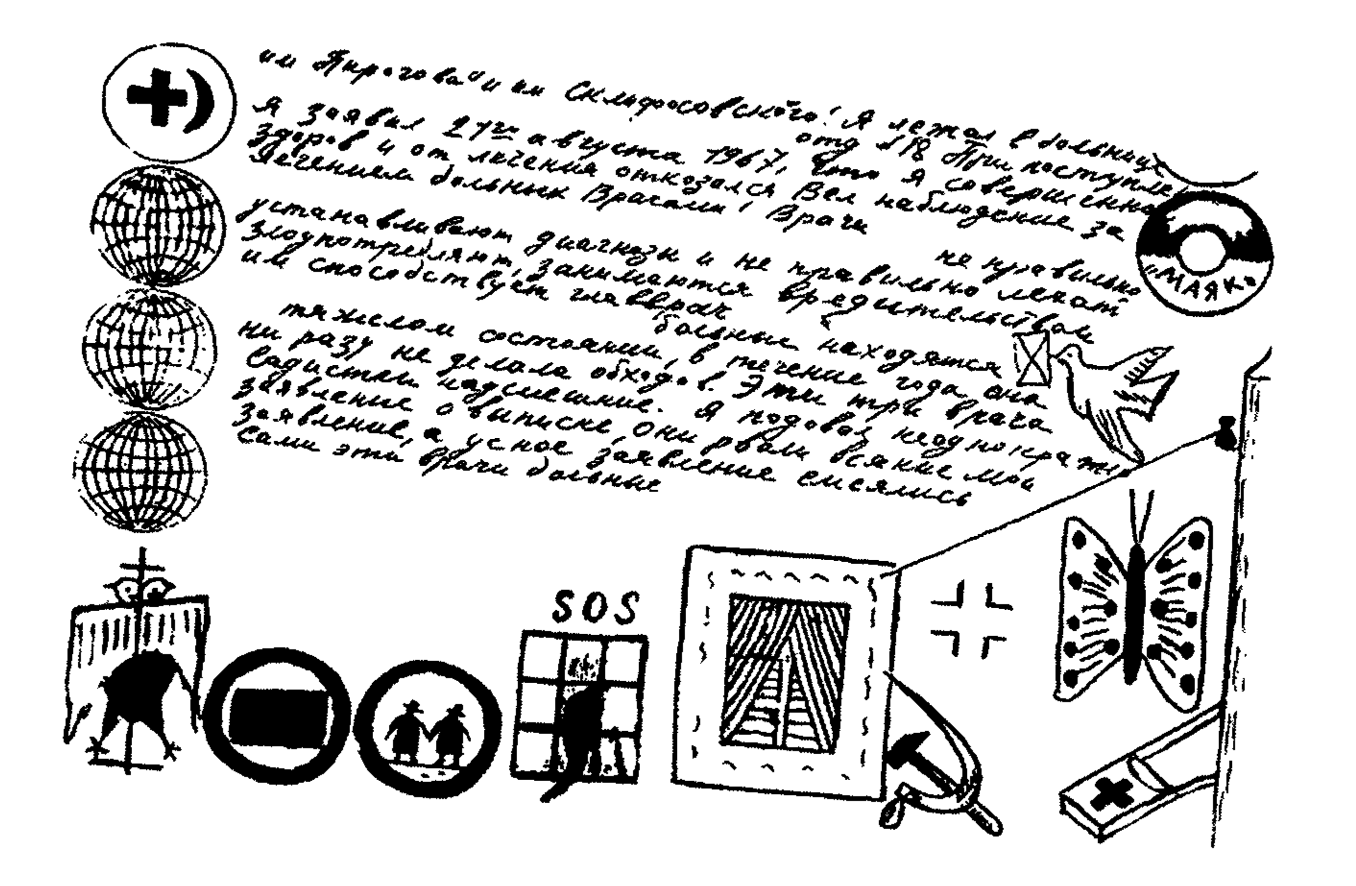
* — единой классификации психотерапевтических методов не существует.



1 – Клетка для душевнобольных (XVIвек);

2 – Лечение «обливанием холодной водой» – по Горну (XVIIIвек);

3 – Приспособление для вращения беспокойных больных (XVIII век)


им Пироговачи им Склифосовского! Я лежал в больнице
Я заявил 27го августа 1967, что я совершенно отд №18 При поступлении
здоров и от лечения отказался. Вел наблюдение за
лечениями больных врачами! Врачи
устанавливают диагнозы и не правильно лечат
злоупотребляют, занимаются вредительством
им способствует главврач
больные находятся
тяжелом состоянии, в течение года она
ни разу не делала обходов. Эти три врача
садисты издевались. Я подовал неоднократно
заявление о выписке, они рвали всякие мои
заявления, а устное заявление смеялись
сами эти врачи больные
«МАЯК»
SOS

Классификация психотропных средств*

ПСИХОЛЕПТИКИ препараты, обладающие успокаивающим (депримирующим) действием		
Нейролептики (препараты с резко выраженным депримирующим эффектом)	нейролептики-седатики	— аминазин** — тизерцин
	антипсихотические (селективные)	— галоперидол — трифтазин — мажептил — этаперазин
Транквилизаторы (препараты с умеренным депримирующим эффектом)	транквилизаторы — седатики	— седуксен (реланиум) — феназепам
	«дневные» транквилизаторы	— ксанакс — мезапам
	эугипнотики	— радедорм (эуноктин)
ПСИХОАНАЛЕПТИКИ препараты, обладающие активирующим, стимулирующим действием		
Антидепрессанты (препараты, уменьшающие выраженность депрессии)	седатики	— амитриптилин
	стимуляторы	— мелипрамин — нуредал
Психостимуляторы (препараты, повышающие «уровень бодрствования» и работоспособность)	—	— сиднокарб — сиднофен
Адаптогены (препараты, повышающие резистентность организма)	растительные биостимуляторы	— препараты женьшеня, элеутерококка и т.п.
	ноотропы	— аминалон — глиатилин — пирацетам
	актопротекторы (антиастенические средства)	— бемитил — олифен — томерзол
ПСИХОДИЗЛЕПТИКИ препараты, вызывающие кратковременные психотические состояния (в психиатрии для наркопсихотерапии используется кетамин)		
СОЛИ ЛИТИЯ препараты, обладающие профилактическим действием при фазно- и периодически протекающих психозах		

* — в основу классификации положена систематика J. Delay, P. Deniker (1960) в модификации Г.Я. Авруцкого (1964);

** — приводятся только наиболее распространенные и традиционно используемые в нашей стране препараты

Психотропная активность основных нейролептиков и транквнлнзаторов (по Л.С. Шпилеие, 1992)

Нейролептики	Психотропное действие				Транквилизаторы	Психотропное действие			
	АП	ГС	ТА	Ст		Тр	Ст	СС	Пс
Сонапакс (меллерил)	+	–	+	+	Триоксазин	+	+	–	–
Терален	+	–	+	+	Оксилидин	+	–	+	–
Пропазин	+	++	–	–	Мебикар	+	+	–	–
Хлорпротиксен	+	+	++	+	Амизил	+	–	+	+
Неулептил	+	+	–	+	Нозепам (тазепам)	+	–	+	+
Эглонил	+	+	+	+	Мезапам (рудотель)	+	+	–	–
Френолон	+	–	++	++	Хальцион (триазолан)	+	–	+++	–
Левомепромазин (тизерцин)	+	+++	+	–	Нитразепам (радедорм, эуноктин)	+	–	+++	+
Аминазин	++	+++	–	–	Грандаксин	++	+	–	–
Этаперазин	+	–	+	++	Мепротан (мепробамат)	++	+	–	–
Клозапин (лепонекс)	++	+	+	+	Сибазон (седуксен, реланиум)	+++	+	+	+
Трифтазин	+++	+	–	+	Элениум (хлозепид)	+++	–	++	++
Галоперидол)	+++	–	+	+	Феназепам	+++	–	++	+++

а) Психотропное действие нейролептиков: АП — антипсихотическое, ГС — гипноседативное, ТА — тимоаналептическое, Ст — стимулирующее;

б) Психотропное действне транквнлизаторов: Тр — транквилизирующее, Ст — стимулирующее, СС — седативно-снотворное, Пс — противосудорожное;

в) Выраженность психотропной актнвности: «+» — легкая, «++» — умеренная, «+++» — выражеиная;

г) Нейролептики расположены в порядке нарастания антипсихотической активности, а транквилнзаторы — транквилизирующего эффекта

Психотропиая активность антидепрессантов (по С.Н. Мосолову, 1995)

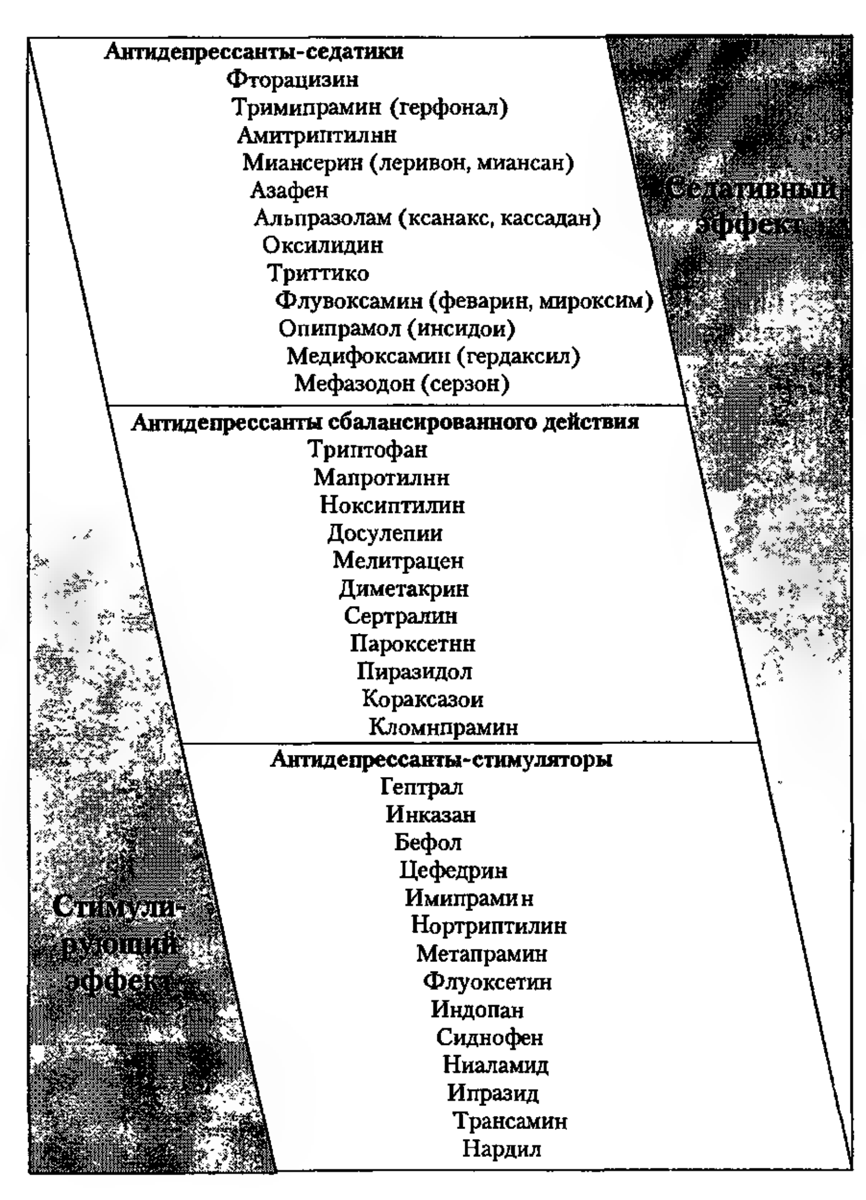
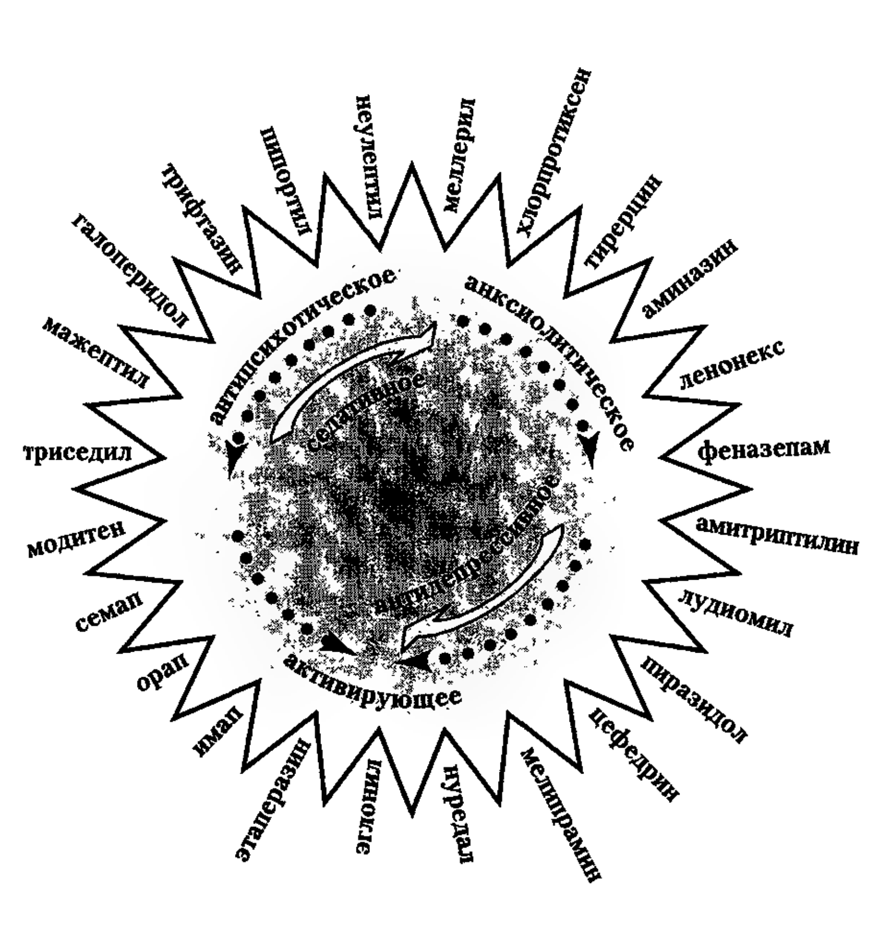


Схема выбора первичных назначений
(по Р.Я. Вовину, 1986)



Терапия солями лития

Основные показания:

- фазно возникающне н хронические тнпичные (класснческие) гипоманиакальные и маниакальные состояния средней тяжестн;
- для профилактики аффективных фаз (приступов) в рамках маннакально-депрессивного психоза, приступообразной (приступообразио-прогредиентной) шизофрении и шизоаффектнвных психозов

Основные противопоказания:

- беремениость, период лактации;
- выраженные аллергическне и эндокринные расстройства;
- тяжелые заболевания мочевыделнтельной и сердечно-сосуднстой системы, обостреиня желудочно-кишечных заболеваний

Терапевтическая концентрация лития в крови — 0,4–0,9 ммоль/л

Инсулинотерапия

Основные показания:

- кататонические, кататоио-онейроидные, депрессивно-параноидные и галлюцинаторио-параноидные (с полимофным, малоснстематизирванным бредом) состояния при шизофренни (особенио в начальных стадиях заболевання);
- абстннентные расстройства при наркоманиях

Основные противопоказания:

- острые иифекционные и соматические заболевания, активная форма туберкулеза;
- тяжелые заболевания печенн и почек;
- заболевания эндокринных органов;
- беременность и сердечно сосуднстые заболевания в стадии декомпеисации;
- оикологические заболевания

Электросудорожиая терапия

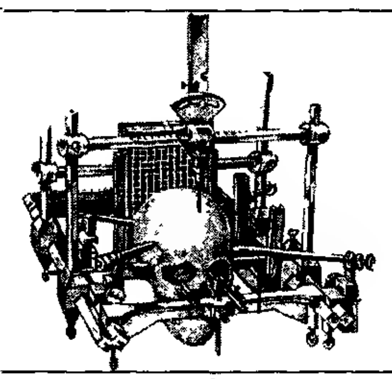
Основные показания:

- тяжелые фармакорезистентные депресснн в рамках маниакально-депрессивного психоза, шизофренин и инволюционных психозов;
- кататонические (возбуждение, ступор) фармакорезнстентные состояния; фебрнльная шизофрения

Основные противоиоказания:

- тяжелые заболевання сердечно-сосудистой, дыхательной н желудочно-кишечной систем, а также опорно-двнгательного аппарата (для профилактики переломов);
- органические заболевания головного мозга и пернферической нервной снстемы;
- эндокрииные заболевания, болезнн печени и почек;
- беремениость, отслоение сетчаткн

Стереотаксическая психохирургия

	♦ 1891 г.– первая психохирургическая операция (G. Burckhardt); ♦ 1908 г.– первая *щадящая* психохирургическая операция (В.М. Бехтерев и Л.М. Пуссеп); ♦ 1949 г. – Нобелевская премия (E. Monis и W. Hess) за теоретическое и экспериментальное обосиование психохирургии.

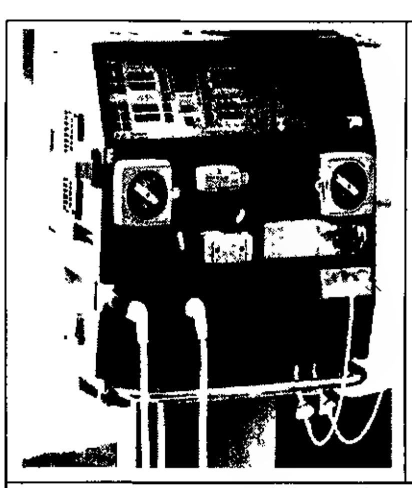
Основные методы психохирургии
инвазивная, неинвазивная

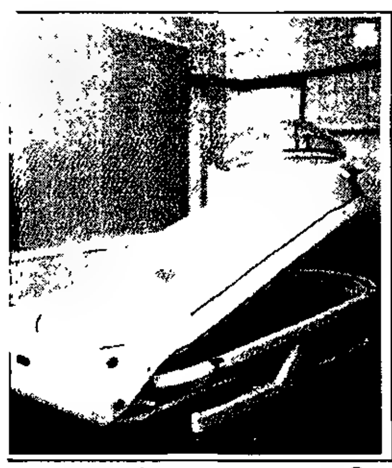
Основные показания:

- ♦ длительность заболевания не менее 3–5 лет;
- ♦ безуспешность (высокая резистентность) всех видов биологической терапии;
- ♦ инвалидизация и ресоциализация больных, обусловленные тяжестью психического заболевания;
- ♦ наличие ведущего психопатологического синдрома в соответствии с известными структурами-мишеиями.

Основные противопоказания:

- ♦ возраст до 16 лет (исключая больных с отдельными формами эпилепсии);
- ♦ общехирургические соматические противопоказания;
- ♦ отсутствие очерчеиного психопатологического синдрома в соответствии со структурами-мишенями;
- ♦ юридические ограничения (отсутствие согласия, опеки и т.д.).

<table>
<tr><td></td><td>♦ XVIII век – обоснование использования энтеросорбции в медицине (Т.Е. Ловиц);
♦ 20–30-е гг. XX века – предложен плазмаферез (I.I. Abel, А.М. Михайловский);
♦ 70–90-е гг. XX века – формирование эфферентной медицины (Ю.М. Лопухин), использование ее методов в психиатрической практике (Н.А. Лопаткин, Н.А. Беляков, К.Я. Гуревич, Д.И. Малин и др.)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Основные методы эфферентной терапии
гемодиализ; плазмаферез; гемо- и плазмосорбция; ксеноперфузия; гемофильтрация; гемоксигенация; цитаферез</td></tr>
<tr><td colspan="2">Основные показания:
♦ острые отравлеиия (алкоголем и его суррогатами, наркотическими и психотропными средствами);
♦ выраженные абстинентные расстройства и фармакорезистентные состояния;
♦ соматогенные (послеоперационные) психозы, делирий;
♦ фебрильная шизофрения;
♦ злокачественный нейролептический синдром</td></tr>
<tr><td colspan="2">Основные противопоказания:
♦ аментивные состояния;
♦ общесоматические противопоказания;
♦ гиповолемия, анемия, гипокоагуляционные синдромы</td></tr>
</table>



- 1662 г. — использование измененного атмосферного давления в медицине (Henshaw);
- 1869 г. — первая «пневматическая лечебница» (открыта Л.Н. Симоновым в г. СПб);
- 60–90-е гг. XX века — предложена оксигенобаротерапии (К.М. Рапопорт), широкое ее применение в медицине (И.П. Березин, Ю.Г. Шапошников, В.А. Белов, Е.В. Колосков, А.П. Колесов и др.)

Основные методы оксигенобаротерапии

гипер-, нормо- и гипобарическая оксигенация

Основные показания:

- *Гипербарическая оксигенация:*

— психические расстройства интоксикационного генеза;

— психические расстройства сосудистого генеза;

- *Гипобарическая оксигенация:*

— неврозы, астенические состояния;

— утомление (переутомление), снижение работоспособности

Основные противопоказания:

- нарушения барофункции ЛОР — органов, наклонность к легочным кровотечениям и гипертензии;
- органические заболевания головного мозга;
- онкологическая патология, хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- острые соматические и инфекционные заболевания

Основные психотерапевтические методы (по А.И. Колчеву, 1998)

Интрапсихическая психотерапия Направлена на улучшение процессов социальной адаптации, купирование болезненных проявлений путем осознания механизмов неадекватных поведенческих реакций	
Психоанализ (S. Freud, 1895)	Интеграция ранее подавленных болезненных проявлений в общую структуру личности, анализ психологических причин их обуславливающих, с последующей коррекцией.
Аналитическая (C. Jung, 1904)	Оптимизация соотношения сознательного и бессознательного в поведенческих реакциях пациента, установление динамического равновесия между ними.
Индивидуальная (A. Adler, 1911)	Интеграция личности пациента, осознание им механизмов собственных поведенческих реакций, формирование повышенного социального интереса.
Рациональная (В.М. Бехтерев, 1911)	Разъяснение пациенту психопатологических механизмов его болезненных симптомов и неадекватных поведенческих реакций.
Патогенетическая (В.Н. Мясищев, 1960)	Изучение этиопатогенетических механизмов психопатологических процессов, установление причинно-следственных свя-зей болезненных проявлений и особенностей личности пациента, с последующей коррекция его поведенческих реакций.
Экспрессивная (F. Alexander, 1956)	Разрешение конкретных конфликтных ситуаций, связанных с особенностями психосексуального развития личности, купирование негативного влияния психологической защиты.
Поддерживающая (M. Klein, 1946)	Оказание психотерапевтической помощи в сложных или субъективно трудно преодолимых ситуациях.
Кратковременная динамическая (F. Alexander, T. French, 1946; M. Balint, 1952)	Оказание психотерапевтической помощи в ходе ограниченного во времени лечебного процесса, как правило, сфокусированного на разрешении конкретной проблемы.
Центрированная на клиенте (C. Rogers, 1951)	Приведение «реального Я» пациента в соответствие с его глубинными переживаниями и накопленным субъективным опытом.
Эмотивно-рациональная (A. Ellis, 1962)	Анализ проблемных ситуаций, доведение до сознания пациента иррациональных когнитивных установок, влияющих на психоэмоциональное состояние и принимаемые решения.
Гештальттерапия (F. Perls, 1947)	Формирование гармоничной личности пациента за счет развития его самосознания и разрешения внутренних конфликтов.
Наркоанализ (S. Horsley, 1932)	Проведение психоаналитической терапии на фоне психотропных средств, вызывающих состояния измененного сознания.

Поведенческая (бихевиористская) терапия (J. Wolpe, 1962) Направлена на замену неадекватных, приводящих к дизадаптации, форм поведенческих реакций более оптимальными	
Контр-обусловливание	♦ *Систематическая десенсибилизация:* выработка реакций, противоположных тем, которые приводят к дизадаптации ♦ *Имплозивная терапия:* помещение пациента в индивидуально значимую психотравмирующую ситуацию, с целью выработки к ней соответствующих адаптационных механизмов
Оперантные методы	♦ *Метод формирования поведения:* выработка оптимальных форм поведения путем применения системы поощрительных мероприятий ♦ *Метод «накопления жетонов»:* используется в лечебных заведениях с применением системы «поощрительных жетонов» (количество которых определяет степень «привилегий»)
Экзистенциальная терапия (V. Frankl, 1961, R. May, 1967) Доведение до понимания пациента смысла, который он старается придать своей жизни путем анализа каждого его поведенческого акта	
Терапия реальностью (W. Glasser, 1965) Стремление побудить пациента брать на себя ответственность за различные *реальные* жизненные ситуации и добиваться поставленных целей	
Транссактный анализ (E. Berne, 1961) Осознание пациентом мотивов своих поведенческих актов (взаимодействий — «трансакций») с целью формированиячбблее адекватного поведения	
Психодрама (J. Moreno, 1921) Исследование черт характера, конфликтных ситуаций, межличностных связей путем специальной терапевтической драматизации	
Групповая психотерапия (E. Berne, 1961, C. Rodgers, 1959, F. Peres, 1962)	
Поддерживающая	Улучшение социальной адаптации
Аналитически ориентированная	Реконструктивные процессы, направленные на улучшение социального функционирования
Психоанализ групп	Направлена на глубинные реконструктивные личностные процессы
Деловая	Улучшение произвольного контроля над поведенческими актами
Поведенческая	Купирование соответствующих поведенческих расстройств

Основные психотерапевтические методы (продолжение таблицы)

<table>
<tr><td colspan="2">Семейная психотерапия
(N. Ackerman, 1962, M. Lieberman, 1972, N. Haley, 1978, S. Whitaker, 1964)
Улучшение межличностных отношений в семье, ее реорганизация</td></tr>
<tr><td>Психодинамическая</td><td>Изучение психологических механизмов семейного конфликта и связанных с ним проблем</td></tr>
<tr><td>Поведенческая</td><td>Достижение поведенческих целей методом положительного подкрепления</td></tr>
<tr><td>Стратегическая</td><td>Фиксация на разрешении конкретной проблемы, возникающей в ходе межличностного общения в семье</td></tr>
<tr><td>Экспериментальная</td><td>Оптимизация межличностных отношений в семье путем внесения изменений в организацию ее структуры</td></tr>
<tr><td colspan="2">Нейро-лингвистическое программирование
(D. Grinder, R. Bandler, 1979)
Улучшение социального функционирования,
за счет изменения внутренних программ поведения.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Гипносуггестивная терапия (J. Braid, 1841)
Купирование симптомов патологических процессов в состоянии гипноза</td></tr>
<tr><td colspan="2">Наркопсихотерапия (A. Lambert, 1944, Е. А. Попов, 1949)
Купирование симптомов психопатологических процессов
на фоне применения препаратов, вызывающих изменение сознания</td></tr>
<tr><td colspan="2">Социотерапия (реабилитационная терапия)
(Д.Е. Мелехов, 1947, М.М. Кабанов, 1971)
Восстановление социального статуса больного, активирование
саногенетических механизмов психопатологических процессов</td></tr>
<tr><td colspan="2">Психическая саморегуляция
(E. Jacobson, 1922, J. Shultz, 1932)
Снижение психофизиологической напряженности, выраженных
стрессовых реакций, предупреждение их нежелательных последствий</td></tr>
</table>

Психогигиена

Область медицины, направленная на охрану психического здоровья человека путем создания оптимальных условий для наиболее полного развития психических свойств личности и ее функционирования, улучшения условий труда и жизни, установления адекватных межличностных отношений, а также повышения сопротивляемости психики человека вредоносным воздействиям окружающей среды.

Психопрофилактика

Область медицины, направленная на предупреждение развития психических расстройств, их хронизации, а также предотвращение рецидивов болезни и инвалидизацию больных.

Первичная психопрофилактика – совокупность мер, направленных на предупреждение развития психических расстройств

Вторичная психопрофилактика - совокупность мер, направленных на предупреждение обострения (рецидивов) психического или психосоматического заболевания

Третичная психопрофилактика – совокупность мер, направленных на предупреждение неблагоприятных социальных последствий психического заболевания, предупреждение его хронизации и инвалидизации больных

Основы медико-психологической реабилитации (по М.М. Кабанову, 1999)

Медико-психологическая реабилитация
система мероприятий, направленных на профилактику патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, или на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к труду

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Раннее начало.
2. Комплексность.
3. Непрерывное поэтапное и преемственное применение реабилитационных мероприятий.
4. Партнерство.
5. Индивидуализация программы реабилитации.
6. Единство психосоциальных и биологических методов воздействия.
7. Общественная направленность.
8. Социальная и профессиональная направленность.

ЭТАПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

1. Госпитальный.
2. Амбулаторно-поликлинический.
3. Санаторный.

Часть II. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

«Любая классификация или определение — это всего лишь результат соглашения между людьми»
(Х. Дельгадо, 1971)

«Классификация представляет собой способ видения мира на определенном временном этапе»
(Н. Сарториус, 1994)

Цитаты, приведенные в качестве эпиграфов к данному разделу, свидетельствуют, что классификации, в значительной степени, фиксируют лишь договоренность между учеными о принципах группировки и разграничения патологических состояний. Безусловно, такое разграничение оказывается достаточно искусственным, так как отражает, преимущественно, уровень развития науки в тот или иной период времени.

Официальной классификацией психических расстройств в нашей стране считается Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), но наиболее распространенной и широко используемой в практической деятельности врачей является, пожалуй, систематика, разработанная во Всероссийском Центре психического здоровья, которая приведена на стр. 82. Она представляет собой пример этиопатогенетической классификации в психиатрии, то есть разграничение отдельных нозологических форм (заболеваний) осуществляется в зависимости от причин их возникновения и механизмов развития. Классифицирующими признаками, при этом, являются:

а) наличие либо отсутствие этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий (внешних патогенных факторов);

б) наличие либо отсутствие органического поражения ЦНС.

Следует подчеркнуть условность понятия «отсутствие фактора»: имеется в виду лишь то, что они (факторы) не могут быть выявлены с помощью современных методов исследования и не имеют существенного, «ключевого» значения в развитии заболевания. Так, психические расстройства при эндогенных и экзогенных заболеваниях, вероятно, сопровождаются морфологическими изменениями в тканях головного

мозга, однако, эти изменения достоверно не определяются даже при применении наиболее современных и сложных методов диагностики (как прижизненной, так и посмертной). Аналогичным образом, развитию эндогенных и эндогенно-органических заболеваний часто предшествует воздействие разнообразных «пусковых», предрасполагающих, провоцирующих экзогенных факторов, однако, решающего этиопатогенетического значения *эти факторы не имеют. Их наличие может лишь видоизменить клинику* расстройств, ускорить (либо замедлить) их формирование и т.п.

Безусловными достоинствами этиопатогенетической классификации являются простота и стройность ее построения (все нозологические формы объединены в 6 групп заболеваний), а также стремление к использованию единых классифицирующих признаков. Впрочем, как следует из таблицы, психогении и патологии развития выделяются на основании иных факторов, что, в некоторой степени, разрушает единство данной систематики.

Приведенная на стр. 83 Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) базируется на совершенно иных методологических принципах. В её основе лежит сознательный отказ от попытки группировки психических расстройств в зависимости от этиопатогенетических механизмов их развития (что, практически, означает отказ от нозологического принципа в психиатрии). В рамках каждого из перечисленных на стр. 83–84 диагностических разделов МКБ-10 приводится подробный перечень психопатологических состояний (диагностических рубрик), относящихся к данной группе расстройств (приведены на стр. 85–87) с указанием основных критериев их диагностики. Это делает классификацию очень удобной для практического использования. В то же время, *следует отметить описательный* характер МКБ-10: *разграничение* заболеваний осуществляется исключительно по их клиническим проявлениям, чем определяется её некоторая громоздкость и что, особенно на начальных этапах, затрудняет её применение. Кроме того, описательный характер этой классификации не всегда способствует целенаправленному выбору этиопатогенетической терапии. Например, диагноз «депрессивный эпизод» будет выставлен (при наличии определенного набора признаков) больному вне зависимости от того, какие факторы (психогенные, экзогенные, генетические и пр.) имели основное значение в его формировании. Будучи ориентированной на феноменологическую (описательную) диагностику психических расстройств, МКБ-10 способствует, таким образом, выбору средств симптоматической терапии, но не всегда позволяет выработать тактику этиопатогенетически обоснованного лечения.

Коротко проанализированные выше классификации предназначены для распознавания психопатологических проявлений состояния (симптомов и синдромов) и формирования на их основе диагностических заключений. Известно, однако, что особенности поведения, межличностного и социального функционирования определяются не только болезненно измененной частью личности, но и ее сохранным, адаптационным потенциалом. *Поэтому в последние годы все более широкое распространение* приобретают уровневая оценка психического здоровья (с. 88) и многоосевые систематики психических расстройств, ориентированные на учет различных (а не только болезненно измененных) аспектов жизнедеятельности лиц с психическими расстройствами. Структура наиболее распространенной в мире многоосевой классификации DSM-IY, которая широко используется не только в США, но и во многих других странах, приведена на стр. 88.

На схеме «Соотношение тяжести психопатологических синдромов и некоторых нозологических форм» (стр. 89) синдромы расположены в последовательности, обратной их тяжести: от наиболее прогностически неблагоприятных к наиболее легким. Из данной схемы следует, что большинство синдромов являются нозологически неспецифичными, то есть могут являться при разных заболеваниях. Тем не менее, можно указать, какими расстройствами ограничиваются клинические проявления той или иной нозологической формы.

Этиопатогенетическая классификация психических заболеваний

<table>
<tr><th colspan="2">Группа заболеваний</th><th>Классифицирую-щие нризнакн</th><th>Основные нозологические формы</th></tr>
<tr><td colspan="2">Эндогенные</td><td>* (–)
** (–)</td><td>Шизофрения
Маниакально-депресснвный психоз
Функциональные псяхозы позднего возраста</td></tr>
<tr><td colspan="2">Эндогенно-органические</td><td>* (–)
** (+)</td><td>Эпилепсия
Атрофические заболевания головного мозга</td></tr>
<tr><td colspan="2">Экзогенные</td><td>* (+)
** (–)</td><td>Симптоматические психозы (прн «общих» инфекцнях, интоксикациях, соматнческих заболеваниях)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Экзогенно-органическне</td><td>* (+)
** (+)</td><td>Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга, ЧМТ, опухолях, «мозговых» ннфекциях</td></tr>
<tr><td colspan="2">Психогеннн</td><td>завнснмость от психотравмирующих воздействий</td><td>Невротические реакцин
Невротические состояния
Реактивные псяхозы</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Патологии развнтия</td><td>личности</td><td rowspan="2">конституционально обусловленные устойчивые патологические состояния</td><td>Психопатии</td></tr>
<tr><td>интеллекта</td><td>Олигофренин</td></tr>
</table>

* — наличие (+) или отсутствие (–) этиопатогенетически значимых экзогенных воздействий;

** — наличие (+) или отсутствие (–) органического субстрата поражения ЦНС

Международная классификация болезней (краткая характеристика разделов МКБ-10)

F00-F09 **Органические и симптоматические психические расстройства**

Расстройства, развитие которых отчетливо связано с наличием морфологических изменений в тканях головного мозга: деменции позднего возраста; последствия черепно-мозговых травм; церебральный атеросклероз; заболевания, обусловленные атрофическими процессами головного мозга, и некоторые другие

F10-F19

Нарушения, обусловленные употреблением алкоголя, опиоидов, кокаина, галлюциногенов, летучих растворителей, седативных или снотворных средств, табака и других психоактивных веществ. Выраженность расстройств может варьировать в очень широких пределах: от неосложненного алкогольного опьянения до галлюцинаторно-бредовых состояний или деменции

F20-F29 **Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства**

Наряду с шизофренией, к этой группе относятся клинически и, вероятно, генетически близкие к ней расстройства, характеризующиеся (в большинстве случаев) относительно более благоприятным течением



Аффективные расстройства настроения

Разнообразные по тяжести и типу течения маниакальные и депрессивные состояния

F40-F48 **Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства**

Наряду с состояниями, которые в отечественной психиатрии традиционно рассматриваются, как невротические (обсессивно-фобические расстройства, истерические нарушения, неврастения), в эту группу включены острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройства адаптации. К соматоформным относят разнообразные расстройства, характеризующиеся субъективным переживанием соматического неблагополучия которое не подтверждается объективными методами исследования



Поведенческие нарушения, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

Этот раздел классификации объединяет расстройства приема пищи (нервная анорексия и нервная булимия), нарушения сна и половой функции (если они не связаны с каким-либо другим заболеванием), послеродовые психические расстройства и злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости



Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

Под расстройствами личности понимают устойчивые характерологические особенности, выраженность которых препятствует адекватному поведенческому и социальному функционированию.

К поведенческим нарушениям относят расстройства привычек и влечений (если они не обусловлены другим психическим заболеванием), а также разнообразные сексуальные перверсии



Умственная отсталость

Формирующееся в раннем возрасте состояние стойкого психического недоразвития (прежде всего, интеллектуального)



Нарушения психологического развития

Разнообразные, формирующиеся в детском возрасте, расстройства специфических навыков (речи, чтения, счета и т.п.) или личности, не обусловленные умственной отсталостью



Поведенческие и эмоциональные расстройства начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Включаются характерные для детского возраста поведенческие и эмоциональные нарушения, а также некоторые виды двигательных («тикозных») расстройств, заикание, энурез

Международная классификация болезней (перечень диагностических рубрик)

F00-F09 **Органические и симптоматические психические расстройства**

F00 — Деменция при болезни Альцгеймера;
F01 — Сосудистая деменция;
F02 — Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах;
F03 Деменция, неуточненная;
F04 — Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами;
F05 — Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами;
F06 — Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни;
F07 — Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга;
F09 — Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства;



Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

F10 — в результате употребления алкоголя;
F11 — в результате употребления опиоидов;
F12 — в результате употребления каннабиоидов;
F13 — в результате употребления седативных или снотворных средств;
F14 — в результате употребления кокаина;
F15 — в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин;
F16 — в результате употребления галлюциногенов;
F17 — в результате употребления табака;
F18 — в результате употребления летучих растворителей;
F19 — в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ;

F20-F29 **Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства**

F20 — Шизофрения;
F21 — Шизотипическое расстройство;
F22 — Хронические бредовые расстройства;
F23 — Острые и транзиторные психотические расстройства;
F24 — Индуцированное бредовое расстройство;
F25 — Шизоаффективные расстройства;
F28 — Другие неорганические психотические расстройства;
F29 — Неуточненный неорганический психоз;

F30-F39 **Аффективные расстройства настроения**

F30 — Маниакальный эпизод;
F31 — Биполярное аффективное расстройство;
F32 — Депрессивный эпизод;
F33 — Рекуррентное депрессивное расстройство;
F34 — Хронические (аффективные) расстройства настроения;
F38 — Другие (аффективные) расстройства настроения;
F39 — Неуточненные (аффективные) расстройства настроения;

F40-F48 **Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства**

F40 — Тревожно-фобические расстройства;
F41 — Другие тревожные расстройства;
F42 — Обсессивно-компульсивное расстройство;
F43 — Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации;
F44 — Диссоциативные (конверсионные) расстройства;
F45 — Соматоформные расстройства;
F48 — Другие невротические расстройства;

F50-F59 **Поведенческие нарушения, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами**

F50 — Расстройства приема пищи;
F51 — Расстройства сна неорганической природы;
F52 — Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием;
F53 — Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах;
F54 — Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах;
F55 — Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости;
F59 — Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами;

F60-F68 **Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых**

F60 — Специфическое расстройство личности;
F61 — Смешанное и другие расстройства личности;
F62 — Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга;
F63 — Расстройства привычек и влечений;
F64 — Расстройства половой идентификации,
F65 — Расстройства сексуального предпочтения;
F66 — Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией;
F68 — Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых;

F70-F79 **Умственная отсталость**

F70 — Легкая умственная отсталость;
F71 — Умеренная умственная отсталость;
F72 — Тяжелая умственная отсталость;
F73 — Глубокая умственная отсталость;
F78 — Другая умственная отсталость;
F79 — Неуточненная умственная отсталость;

F80-F89 **Нарушения психологического развития**

F80 — Специфические расстройства развития речи,
F81 — Специфические расстройства развития школьных навыков,
F82 — Специфическое расстройство развития двигательных функций;
F83 — Смешанные специфические расстройства;
F84 — Общие расстройства развития;
F88 — Другие расстройства психологического развития;
F89 — Неуточненное расстройство психологического развития;

F90-F99 **Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте**

F90 — Гиперкинетические расстройства;
F91 — Расстройства поведения;
F92 — Смешанные расстройствз поведения и эмоций;
F93 — Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста;
F94 — Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста;
F95 — Тикозные расстройства;
F98 — Другие поведеические и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте

Уровневая оценка (классификация) психического здоровья

Б.С. Фролов (1982)	С.Б. Семичов (1986)		С.В. Запускалов Б.С. Положий (1991)
Здоровые	Идеальная (абсолютная) норма		Уровень стабильного психического здоровья
Практически здоровые с благоприятнымн прогностическими признаками	Тнпологическая норма	Конституциональная норма	Уровеиь риска
		Акцентуацнн (характера нли личности)	
Практически здоровые с неблагопрнятными прогностическими прнзнакамн (препатологня)	Потенцнальный уровень риска		Уровень предболезни
Легкая патология	Психическая дезадаптация	Непатологическая дезадаптация	Донозологическнй
		Патологическая дезадаптация (предболезнь)	
		Вероятно болезиенное состояние	
Выраженная патология	Верифицированная болезнь		Уровень болезни

Многоосевая структура классификацнн(по DSM-IV)

Ось	Наименование осн	Предназначение оси
I	Клииические сндромы	Оценка психического состояиия
II	Расстройства развития, расстройства личиости	
III	Соматические расстройства и состояния	Оценка соматического статуса
IV	Социальные и межличиостные проблемы	Изучение характеристик социальиой и личностной адаптации
V	Интегральная оценка тяжести состояиия	Оценка выраженности расстройств, а также для анализа эффективности терапии

Соотношение тяшести психопатологичесиих синдромов и отдельных нозологических форм



Часть III. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Последовательность изложения материалов по частной психиатрии соответствует структуре этиопатогенетической классификации психических расстройств, приведенной на стр. 82 данного пособия. Сведения о каждой из основных групп заболеваний (эндогеиные, эндогенио-органические, экзогенные, экзогенно-органические, психогенные и патологии развития) приведены, при этом, в самостоятельных разделах. Следует отметить, что этиопатогенетические механизмы формирования психических расстройств остаются, в большинстве случаев, недостаточно выясненными и поэтому отнесеиие отдельных нозологических форм к той или иной группе является достаточно условным. Избраиный порядок представления сведений, однако, в иаибольшей степени соответствует принятым в настоящее время в нашей стране подходам к диагностике психических заболеваний.

Описание каждой отдельиой нозологической единицы также дано в определенной последовательности. В большинстве случаев, в иачале приводится определение заболевания, в котором фиксируются его наиболее существенные признаки. Затем излагаются сведения о наиболее характерных клинических проявлениях заболевания, его систематике, дииамике и дифференциальной диагностике. Исключительное разнообразие психопатологических проявлений и особенностей динамики при разных расстройствах, впрочем, не всегда позволяло жестко придерживаться указанной схемы.

Изучение частной психиатрии предполагает знание общей психопатологии. Поэтому сведения, изложенные выше, в данном разделе пособия не раскрываются. Например, в таблице «Клииика шизофрении» (с. 92) лишь перечисляются галлюцинаторно-бредовые, кататоиические и др. синдромы, более подробная характеристика которых приведеиа ранее (в 3-м разделе 1-й части пособия). Кроме того, определение и краткая характеристика большинства используемых понятий приводятся в «Словаре основных психиатрических терминов» (приложение 1).

В связи со всё более широким использованием в отечественной психиатрии МКБ-10, в большинстве разделов приводятся диагностические критерии соответствующих расстройств и по этой классификации. Так как применение данной систематики нередко сопряжено для практических врачей с известными сложностями, приводятся также таблицы со-

ответствий традиционно принятых диагностических заключений и соответствующих формулировок в МКБ. При этом следует подчеркнуть, что некоторые рубрики международной классификации могут быть сопоставлены с ранее использовавшимися диагностическими формулировками только весьма условно, в связи с чем авторы не претендуют на однозначную правильность таких сопоставлений.

В таблицах по дифференциальной диагностике заболеваний указаны лишь основные отличительные признаки. Причем, и эти признаки являются лишь относительными критериями распознавания того или иного состояния, так как индивидуальное своеобразие психопатологических проявлений у каждого конкретного больного определяется не только нозологической формой, но и другими факторами (возраст, преморбидный фон, сопутствующие заболевания и пр.). В любом случае, информативность каждого отдельно взятого признака невелика и при проведении дифференциальной диагностики необходимо ориентироваться на совокупность всех указанных критериев.

Раздел 1. Эндогенные психические заболевания

ШИЗОФРЕНИЯ – прогредиентное психическое заболевание, характеризующееся типичными изменениями личности и своеобразным ее дефектом

«Диагноз шизофрении порой устанавливается психиатрами на основании наличия у больного любой психопатологической симптоматики, а иногда даже и без нее»
(С.В. Литвиицев, 1999)

Клииика шизофрении

«НЕГАТИВНЫЕ» (дефицитарные) **расстройства**	**«ПОЗИТИВНЫЕ»** (продуктивные) **расстройства**
❖ структурные расстройства **мышления** (разорванность, резонерство, разноплановость);	❖ галлюцинаторно-бредовые расстройства
❖ симптомы качественного искажения **эмоций**;	❖ кататоиические явления
❖ расстройства **воли** (амбивалентность, амбитеидентность, гипобулия, негативизм);	❖ гебефреиическая симптоматика
❖ расстройства **личности** (аутизм, снижение эиергетического потенциала);	❖ аффективио-бредовые расстройства

Шизофрения: Симптомы первого раига по К. Шнайдеру (по Р. Шейдеру, 1998)

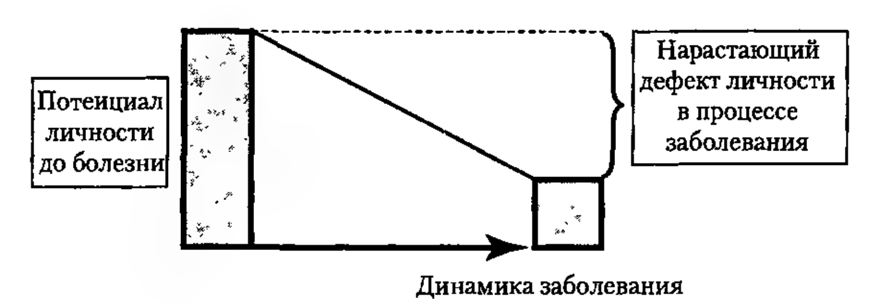
Открытость мыслей	Ощущенне того, что мысли слышны на расстоянии
Чувство отчуждения	Ощущение того, что мыслн, побуждения и действия исходят из внешних источнников и не принадлежат больному
Чувство воздействия	Ощущение того, что мысли, чувства и действия навязаны некими виешнимн силамн, которым необходимо пассивно подчнняться
Бредовое восприятие	Оргаиизация реальных восприятий в особую систему, часто приводящая к ложным представлениям и конфликту с действительностью
Слуховые галлюцинации	Ясно слышимые голоса, исходящне изнутри головы (псевдогаллюцинации), комментирующие действия или произносящне мысли больного. Больной может «слышать» короткие или длинные фразы, иевнятное бормотание, шепот и т.д.

Наиболее часто встречающиеся симптомы острой шизофреиии (по М. Гельдер с соавт., 1999)

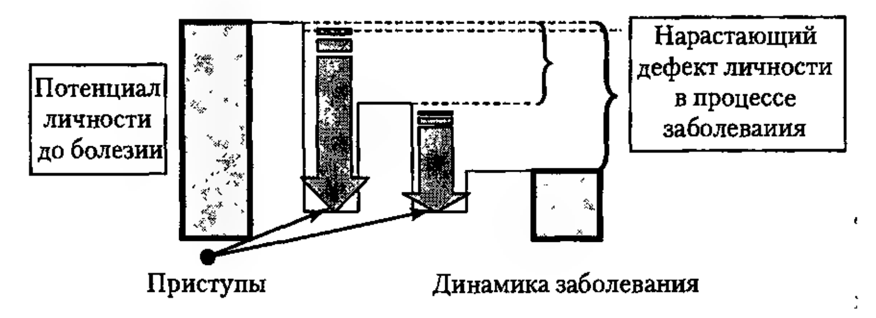
Симптом	Частота встречаемости (%)
— Отсутствие инсайта (осознания своего психического состояния)	97
— Слуховые галлюцинации	74
— Идеи отношения	70
— Подозрительиость	66
— Уплощеиность аффекта	66
— Бред преследования	64
— Отчуждеиие мыслей	52
— Звучание мыслей	50

Основные типы течения шизофрении

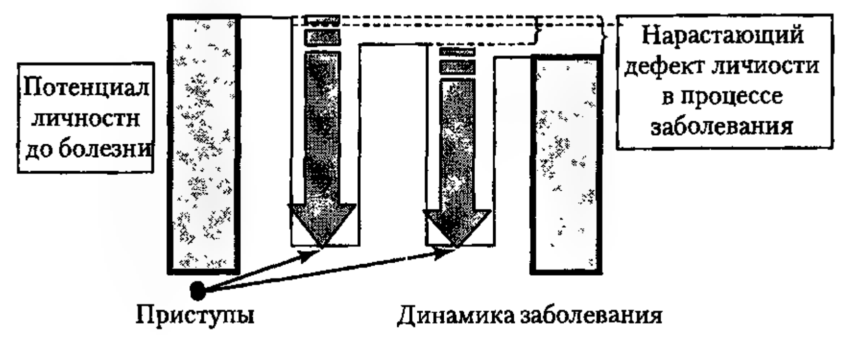
А. Непрерывно-прогредиентный



Б. Приступообразно-прогредиентный



В. Периодический (рекуррентный)



Классификация шизофреиии

<table>
<tr><th colspan="2">По типу течения (прогредиентности)</th><th rowspan="2">По клиническим формам</th><th rowspan="2">Ведущая симптоматика</th></tr>
<tr><th>Тип течения</th><th>Клинические варианты</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Непрерывный</td><td>юношеский злокачественный</td><td>гебефреническая</td><td>иегативные и гебефренические расстройства</td></tr>
<tr><td>малопрогредиентный</td><td>простая</td><td>негативные расстройства</td></tr>
<tr><td>среднепрогредиентный</td><td rowspan="2">параноидиая</td><td rowspan="2">негативные и галлюцннаторно-бредовые расстройства</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Приступообр?зно-прогредиентный (шубообразный)</td><td>с галлюцинаторно-бредовымн приступами</td></tr>
<tr><td>с аффективно-бредовыми приступами</td><td rowspan="3">циркулярная</td><td rowspan="3">негативные и аффективно-бредовые расстройства</td></tr>
<tr><td>с депрессивпо-деперсонализационными приступами</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Пернодический (рекуррентный)</td><td>шизоаффективный</td></tr>
<tr><td>кататоно-онейроидный</td><td>кататоническая</td><td>негативные и кататонические расстройства</td></tr>
<tr><td>фебрильиый (гипертоксический)</td><td></td><td>кататонические расстройства н выраженные явления аутоинтоксикации</td></tr>
</table>

Критерии диагностики (по МКБ-10)* параноидной, гебефренической, кататонической и недифференцированой шизофрении



На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).

Перечень 1:

а) «эхо» мысли, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей;

б) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к мыслям, действиям, движениям или ощущениям; бредовое восприятие;

в) галлюцинаторные «голоса», комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой, другие типы галлюцинаторных «голосов», исходящих из какой-либо части тела;

г) стойкие бредовые идеи, которые культурально неадекватны и совершенно невозможим по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или общении с инопланетянами)

Перечень 2:

а) галлюцинации любого вида, если они отмечаются ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и неструктурированным) без отчетливого аффективного содержания;

б) неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;

в) явления кататонического ступора или возбуждения;

г) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или терапией нейролептиками)

Б

Наиболее часто используемые критерии исключения:

1) Если клинические проявления соответствуют также критериям аффективных расстройств, приведенные критерии перечня 1 или перечня 2 должны выявляться до развития расстройств настроения;

2) Расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга, либо состоянием алкогольной, наркотической интоксикации, зависимости или отмены

* — в МКБ-10 выделяются также постшизофреническая депрессия, резидуальная шизофрения и простая шизофрения

Отдаленный катамнез при шизофрении (по Г.П. Костюку, 1999)

Манифестный синдром	Инвалидизация (%)	Срок наступления инвалидности (лет)	Сняты с диспансерного учета (%)
Галлюцинаторно-параноидный	57,5	3,9	15,0
Параноидный	31,8	13,8	40,9
Аффективно-бредовый	61,1	9,5	22,2
Кататонический	57,2	1,3	28,6
Неврозоподобный	75,0	8,5	12,5
Психопатоподобный	50,0	9,8	—

Факторы прогноза при шизофрении (по М. Гельдер с соавт., 1999)

Хороший прогноз	Плохой прогноз
— Внезапное начало	— Постепенное начало
— Краткий эпизод	— Длительный эпизод
— Отсутствие психических расстройств ранее	— Наличие психических расстройств ранее
— Выраженные аффективные симптомы	— Негативные симптомы
— Начало в позднем возрасте	— Раннее начало
— Пациент состоит в браке	— Пациент одинок
— Хорошая психосексуальная адаптация	— Плохая психосексуальная адаптация
— Нормальная личность до заболевания	— Патологическая личность до заболевания
— Хороший послужной список	— Плохой послужной список
— Хорошие социальные взаимоотношения	— Социальная изоляция
— Больной соблюдает режим, план лечения и рекомендации медперсонала	— Больной не соблюдает режим, план лечения и рекомендации медперсонала

Диагностические критерии шизоаффективного расстройства (по МКБ-10)

	Соответствие критериям аффективных расстройств умеренной или тяжелой степени выраженности
	В течение большей части времени двухнедельного периода отчетливо отмечается хотя бы один из симптомов «а», б», «в», «г» *перечня 1* или симптомов «б», «в» *перечня 2* критериев диагностики шизофрении
	Критерии групп А и Б должны выявляться в течение одного и того же эпизода и хотя бы на какой-то период одновременно
	Наиболее часто используемые критерии исключения: расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга, либо состоянием алкогольной, наркотической интоксикации, зависимости или отмены

Диагноз основывается на относительном «равновесии» представленности, тяжести и продолжительности «шизофренических» и «аффективных» симптомов

Диагностические критерии шизотипического расстройства (по МКБ-10)



На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться **по меньшей мере 4 признака** из числа следующих:

1) неадекватный или суженный эффект, больной выглядит холодным и отчужденным;
2) странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;
3) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;
4) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающее влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;
5) подозрительность или параноидные идеи;
6) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;
7) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;
8) аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью (или другим образом) без выраженной разорванности;
9) редкие транзиторные психотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно возникающими без внешней провокации



Никогда не отмечались диагностические критерии шизофрении

Диагностические критерии бредового расстройства (по МКБ-10)

А Наличие бреда или системы взаимосвязанных бредовых идей за исключением тех, которые были указаиы в пунктах б) и г) перечня 1 критериев группы А. шизофрении (т.е. за исключеиием совершенно невозможных по содержанию или культурально неадекватных). Наиболее частые примеры: бред преследования, величия, ипохондрический, ревности или эротический



Бред (критерий А) должен наблюдаться минимум 3 месяца

В Не выполняются общие критерии шизофрении

Г Не должны отмечаться хронические галлюцинации любого вида (но могут быть транзиторные или редкие галлюцинации слуха, при которых больной не обсуждается в третьем лице и которые не имеют комментирующего характера)

Д Время от времеии могут выявляться депрессивные симптомы, но, при этом, бредовые идеи сохраняются и в то время, когда расстройства настроения не отмечаются

Е Наиболее часто используемые критерии исключения: расстройство не может быть объяснено органическим заболеванием мозга или употреблением психоактивных веществ

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностическое заключение по МКБ-10	Код по МКБ-10	Традиционное диагностическое заключение
Шизофрения	F20	Шизофрения
Шизотипическое расстройство	F21	Шизофрения малопрогредиентная; шизоидная психопатия
Хронические бредовые расстройства	F22	Шизофрения; шизофреноподобные состояния эндогенно- или экзогенно-органической этиологии
Острые и транзиторные психотические расстройства	F23	Шизофрения; аффективно-бредовый приступ; острый реактивный психоз
Индуцированное Бредовое расстройство	F24	Реактивный психоз; индуцированный психоз
Шизоаффективные расстройства	F25	Шизофрения периодическая; маниакально-депрессивный психоз (атипичная форма)

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ* – хроническое заболевание, протекающее в виде аффективных фаз, разделенных интермиссиями (светлыми промежутками)

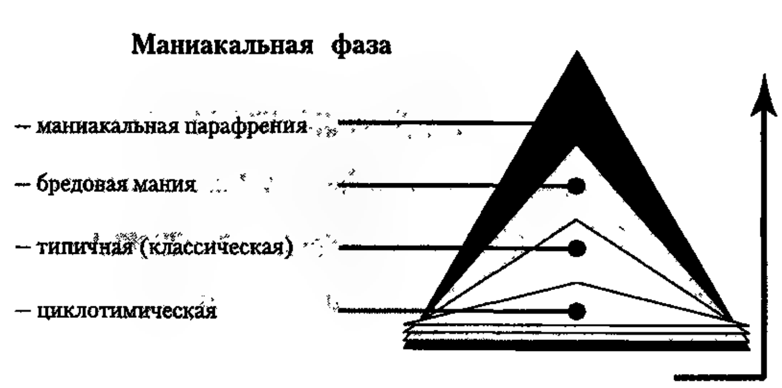
* – в МКБ-10 – «Аффективное расстройство»

Классификация МДП

По клиническим проявлениям	По степени выраженности	По типу течения
1. Типичный 2. Атипичный	1. Циклотимия (70–80%) 2. Циклофрения (20–30%)	1. Монополярный (80%) в т.ч.: – *депрессивный (72%)* – *маниакальный (8%)* 2. Биполярный (20%)

Типология аффективных фаз

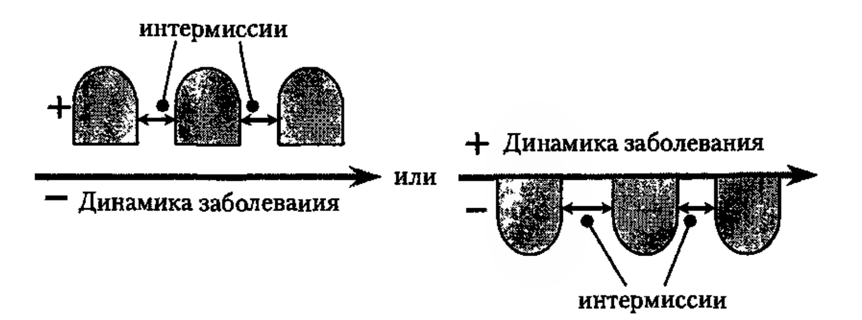
Стадии развития аффективиых фаз





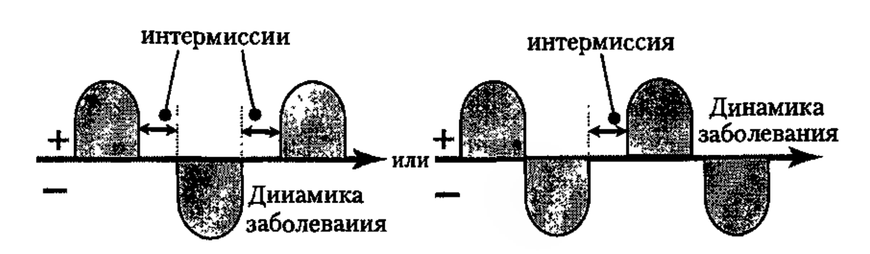
Основные типы течения маниакально-депрессивного психоза

I. Монополярный

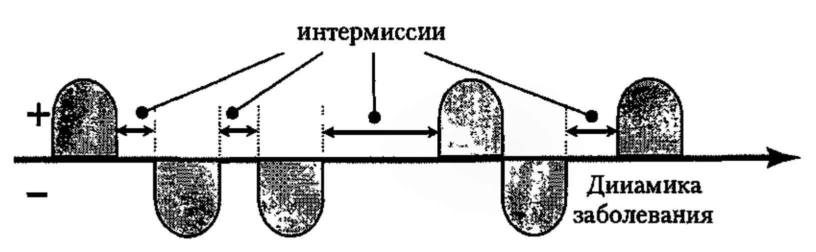


II. Биполярный

перемежающийся



неправильно- перемежающийся



Сомато-вегетативные проявления при МДП



Скрытые (ларвированиые) депрессии

1. Начало заболевання как правило не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогеино-органических факторов.
2. Преобладание общесоматических и вегетативиых жалоб, не укладывающихся в клинику соматическнх заболеваний.
3. Витальиый оттеиок сниженного настроеиия («тяжесть на душе») с явлениями идеаториой и двигательной заторможениостн, а также стойкими расстройствами сиа, анорексией, снижеиием либидо, ощущеиием общего «упадка сил».
4. Наличие суицидальной готовиости.
5. Фазное течеиие, с суточиыми колебаниями настроения и самочувствия.
6. Наследственая отягощениость аффективиыми расстройствами.
7. Положительный эффект при лечении аитидепрессантами.

Раздел 2. Эндогенно-органические заболевания

ЭПИЛЕПСИЯ – хроническое заболевание, характеризующееся разнообразными пароксизмальными расстройствами и типичными изменениями личности

Психические расстройства при эпилепсии

Продромальные явления

Болезни	Припадка
Разнообразные висцеро-вегетативные и (или) психические расстройства, развивающиеся за недели (месяцы, годы) до первого пароксизма	Разнообразные висцеро-вегетативные и (или) психические расстройства, развивающиеся непосредственно перед пароксизмом.

Пароксизмальные расстройства

Судорожные формы	Бессудорожные формы
▪ большой судорожный припадок (grand mal) ▪ малые судорожные припадки (petit mal) ▪ очаговые (фокальные) припадки	▪ с помрачением сознания: – *сумеречные состояния* – *сновидные состояния* ▪ без помрачения сознания: – *аффективные пароксизмы* – *каталептические припадки* – *психомоторные припадки*

Изменения личности

полярность аффекта, ипохондричность, эгоцентризм, повышение влечений, педантизм, брадифрения

Эпилептические психозы

Острые	Хронические
▪ с помрачением сознания ▪ без помрачения сознания	▪ паранойяльные ▪ галлюцинаторно-параноидные

Дифференциальная диагностика эпилептичесиого и истерического припадков

Дифференциально-диагностические критерии	Эпилептический припадок	Истерический припадок
Начало	Внезапное	Психогенно обусловленное
Аура	Как правило	Отсутствует
Инициальный крик	Всегда	Отсутствует
Падение	В любом месте	«Щадящее»
Цианоз лица	Отмечается	Не бывает
Мимические реакции	Однообразны	Выразительны
Реакция зрачков на свет	Отсутствует	Сохранена
Прикус языка	Как правило	Не бывает
Непроизвольное мочеиспускание	Как правило	Не бывает
Пирамидная симптоматика	Отмечается	Не бывает
Контакт во время припадка	Не возможен	Возможен
Последовательность фаз	Отмечается	Отсутствует
Стереотип развития припадков	Отмечается	Отсутствует
Длительность припадка	Секунды-минуты	До часов
Постприпадочная олигофазия	Выявляется	Отсутствует
Постприпадочная амнезия	Полная	Частичная

Атрофические заболевания головного мозга

Общие признаки атрофических заболеваний головного мозга (по Э.Я. Штернбергу, 1977)

1. *Постепенное, клинически невыраженное начало;*
2. Хроническое, прогредиентное течение;
3. Снижение уровня личности н постепенный распад пснхической деятельности (вплоть до тотальиого слабоумия)

Дифференциальная диагностика болезни Альцгеймера и Пика

Дифференциально-диагностические критерии	**Болезнь Альцгеймера**	**Болезнь Пика**
Возраст	пресенильный	сеиильный
Измеиения личиости	иа поздиих этапах	с раниих этапов
Нарушеиия памяти	с ранних этапов	на поздних этапах
Амнестическая афазия	типична	крайне редко
Алексия	с ранних этапов	иа поздних этапах
Аграфия	с раниих этапов	на поздних этапах
Парезы, гипертонус	как правило	не бывает
Эпилептиформные расстройства	как правило	не бывает
Логоклонии	характерны	не характерны
Палилалии	не характерны	характерны
Бред ущерба	как правило	не бывает

Раздел 3. Экзогенно-органические заболевания

Сосудистые заболевания головного мозга

Общие признаки сосудистых заболеваний головного мозга (по Э.Я. Штернбергу, 1977)

1. Клинический полиморфизм
2. Отсутствие единого стереотипа развития
3. Отсутствие корреляции между тяжестью сосудистых расстройств и выраженностью психических нарушений

Дифференциальная диагностика атрофического и атеросклеротического слабоумия

Дифференциально-диагностические критерии	Атеросклеротическое слабоумие	Атрофическое слабоумие
Сознание болезни	сохранено	отсутствует
«Общемозговые» жалобы	имеются	отсутствует
«Очаговая» симптоматика	имеется	отсутствует
«Мерцание» симптоматики	отмечается	отсутствует
«Ядро» личности	сохранено	нарушено
Преобладающий аффект	слабодушие	дистимический
Мнестические нарушения	не выражены	резко выражены
Поздний возраст	не обязателен	обязателен
Соматическое «одряхление»	не выражено	резко выражено
Течение	ремитирующее	прогредиентное

Психические расстройства травматического генеза

Периоды последствий травматического иоереждения головиого мозга			
Начальный (до 1 неделн)	**Острый** (до 1 мес.)	**Поздний** (до 1 года)	**Отдаленных последствий** (свыше 1 года)
♦ Общемозговые проявления ♦ Синдромы выключения сознания (кома, сопор, оглушеиие)	♦ Апаллический синдром ♦ Острые н подострые травматические психозы ⟹ *травматические «сумерки», делирий, онейроид, аменция* ⟹ *Корсаковский синдром* ⟹ *травматические аффективные и галлюцинаторно-бредовые психозы* ♦ Травматический сурдомутизм (*)		♦ травматическая энцефалопатия ♦ травматическая эпилепсия ♦ травматическая деменция ♦ травматические эндоформные психозы
Церебрастения			

Раздел 4. Экзогенные психические нарушения

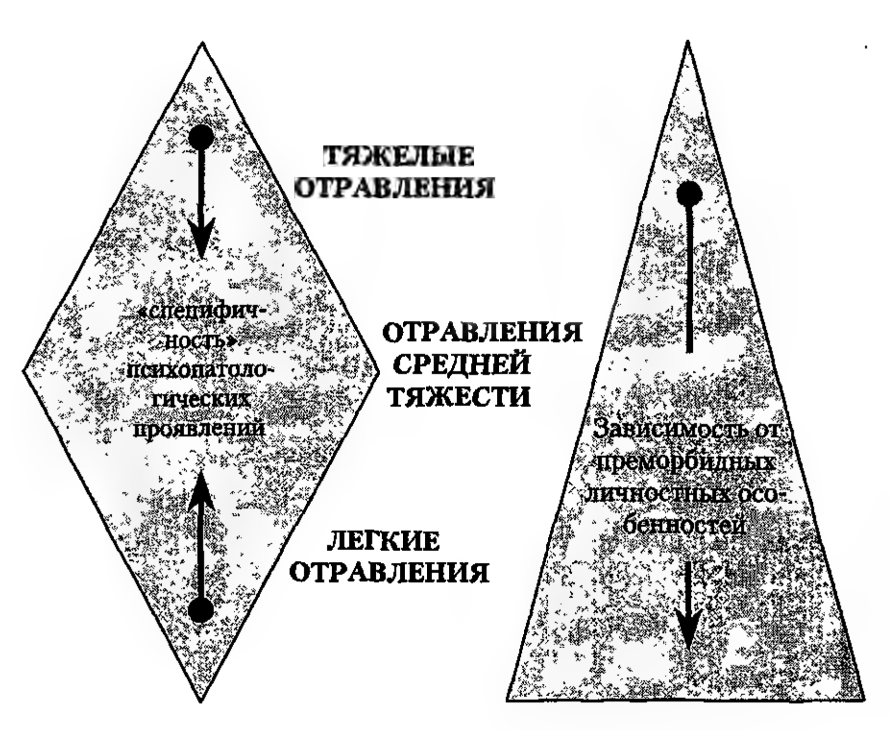
ЭКЗОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА	
Симптоматические психозы	**Токсикомании**
— при соматических заболеваниях — при интоксикациях — при инфекциях	— алкоголизм — неалкогольные токсикомании — наркомании

ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ОСТРОЙ СТАДИИ ИНТОКСИКАЦИИ
(Реакции экзогенного типа по K. Bonhaeffer)

- ✓ Оглушенность (сопор, кома)
- ✓ Делирий
- ✓ Аменция
- ✓ Сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение)
- ✓ Острый галлюциноз
- ✓ Амнестический (Корсаковский) синдром
- ✓ Астенический синдром

Зависимвсть клинических проявлений интоксикации от тяжести отравления и преморбидных личиостных особеиностей (ко Л.С. Шпилене, 1989)

Отравление	Влияние преморбидных личностных особениостей	Краткая характеристика клинических проявлений
Легкой степени	Выраженное	Неспецифичиые, крайне разнообразиые
Средней тяжести	Умеренное	Относительио специфичные (в рамках реакций экзогениого типа)
Тяжелые (крайне тяжелые)	Незначительное (отсутствует)	Неспецифичные, однообразные (выключение сознания)



НАРКОТИЧЕСКОЕ ВЕЩЕСТВО

— вещество, злоупотребление которым, вследствие **социальной опасности**, официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую или физическую зависимость.

ПСИХОАКТИВНОЕ ВЕЩЕСТВО (ПАВ)

— вещество, имеющее сходное с наркотическим воздействие на организм, но официально не отнесенное к наркотикам.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

— злоупотребление ПАВ, включая алкоголь и курение табака, до формирования синдрома физической зависимости.

ТОКСИКОМАНИИ (НАРКОМАНИИ)

— болезненное состояние, проявляющиеся влечением к систематическому употреблению психоактивных (наркотических) веществ и характеризующееся явлениями психической и физической зависимости.

Основные клинические проявления токсико- и наркоманий

СИНДРОМ ИЗМЕНЕННОЙ РЕАКТИВНОСТИ

утрата защитных реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения

СИНДРОМ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

обсессивное влечение к приему психоактивных веществ для получения чувства психического комфорта

СИНДРОМ ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

компульсивное влечение к приему ПАВ, с формированием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта в состоянии интоксикации (синдром абстиненции)

Динамика распространения учтенных наркоманий среди граждан России (на 100 тыс. чел.)

200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0

1970 1975 1980 1985 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

Проведение «дней доноров» является эффективным способом раннего выявления ВИЧ-инфицированных и больных наркоманией

Динамика выявления ВИЧ-инфициропаниых граждан России (тыс. чел.)

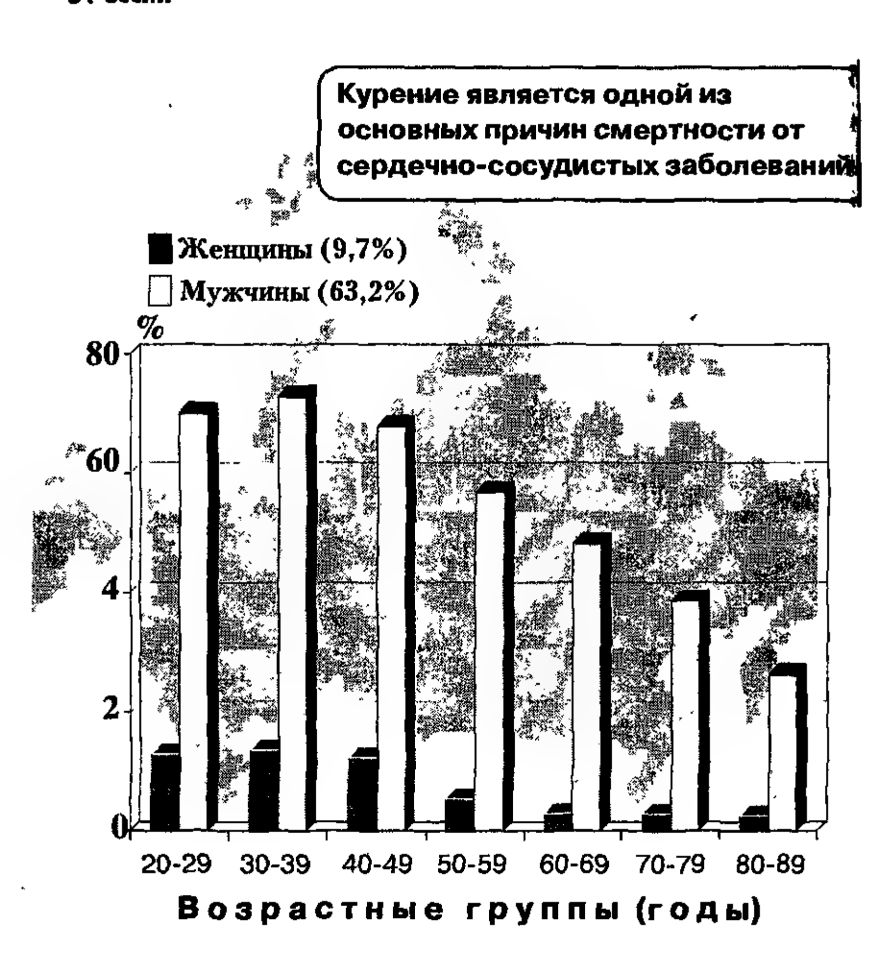
60000
50000
40000
30000
20000
10000
0

1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000

В 2002 году
более 100 тыс.

**Основными источниками передачи ВИЧ-инфекции являются потребители внутривенных наркотиков.
Стремительное развитие епидемии ВИЧ-инфекции в России создало предпосылки к ее распространению в Вооруженных Силах**

Распространенность курения в России



Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ
(Российская представительная выборка)

Основные формы мотивации употребления психоактивных веществ (по Ц.П. Короленко и Т.А. Доиских, 1990)

Атарактическая

Использование ПАВ с целью смягчення или устранения явлений эмоционального дискомфорта (сннженного настроения)

Гедонистическая

Использование ПАВ с эйфоризирующей целью (получения наслаждения)

Активационная («поведенческая»)

Использоваиие ПАВ с активизирующей целью (вывсдсния из состояния пассивности, безразличия, апатни)

Субмиссивная

Использование ПАВ из-за нежелания оказаться вие «коллектнва», быть изолированным («за компанию»)

Псевдокультуральная

Использование ПАВ, вследствие мировоззренческих, культуральных установок и эстетических пристрастий

Диагностические критерии синдрома зависимости (по МКБ-10)

Три или более из числа следующих проявлений должны отмечаться одновременно на протяжении 1 месяца или, если они сохраняются более короткие периоды, периодически повторяться в течение 12 месяцев

1	Сильное желание или чувство насильственной тяги к приему вещества
2	Нарушенная способность контролировать прием вещества: его начало, окончание или дозу, о чем свидетельствуют употребление веществ в больших количествах и на протяжении периода времени большего, чем предполагалось, либо безуспешные попытки или постоянное желание сократить употребление вещества
3	Состояние физиологической абстиненции при уменьшении или прекращении приема вещества, о чем свидетельствует синдром отмены, характерный для этого вещества, или использование того же (сходного) вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов абстиненции
4	Нарастание толерантности к веществу, заключающееся в необходимости значительного повышения дозы для достижения интоксикации или желаемых эффектов, либо в том, что хронический прием одной и той же дозы приводит к явно ослабленному эффекту
5	Озабоченность употреблением вещества, которая проявляется в том, что ради приема вещества полностью или частично отказываются от важных альтернативных форм наслаждения и интересов, или в том, что много времени тратится на деятельность, связанную с получением и приемом вещества
6	Устойчивое употребление вещества вопреки ясным доказательствам вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при предполагаемом понимании природы и степени вреда

Классификация бытового пьяиства
(Дунаевскнй В.В., Стяжкнн В.Д., 1991)

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2–3 раза в год), что этим можно пренебречь
Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50–150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
Умеренно пьющие	Употребляющие по 100–150 мл водки (максимальио до 400 мл) 1–4 раза в месяц
Систематически пьющие	Лица, употребляющис 200–300 мл водки (до 500 мл) 1–2 раза в неделю
Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл и более 2–3 раза в неделю, но не имеющие при этом клииически выраженных иарушений

Основные психопатологические признаки хронического алкоголизма I (начальной) стадии

Синдром измененной реактивности	Синдром психической зависимости
— повышение толерантности к этанолу	обсессивные мысли об алкоголизации
— угасание защитного рвотного рефлекса	— эйфория до употребления спиртного
— утрата контроля над количеством выпитого	— дистимия при невозможности алкоголизации
— измененные формы опьянения	— изменение способа алкоголизации (не имеют значения обстановка, компания, «повод»)

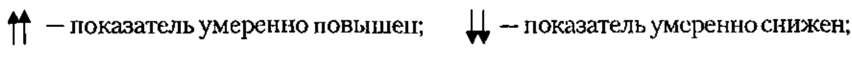
Дифференциальная диагностика хронического алкоголизма II и III стадии

Признак		II стадия	III стадия
Толерантность		нарастание, плато	снижение
Обычные «дозы» спиртного	разовая	высокая	снижается
	суточная	высокая	не снижается
Запои		псевдозапои	истинные
Изменения личности		снижение	деградация
Соматические заболевания		«функциональные»	«органические»
Алкогольные психозы		острые	острые и хронические

Острые	Затяжные
▪ алкогольный делирий («белая горячка») ▪ острый алкогольный галлюцнноз ▪ острый алкогольный параноид	▪ хроннческий алкогольный галлюцнноз ▪ хронический алкогольный паранонд (алкогольный бред ревности) ▪ Корсаковский психоз ▪ геморрагическнй полнэнцефалит (болезнь Гайе-Вернике)

Дифференциальный диагноз отравлений средней тяжести неиоторыми ПАВ (по А.Г. Софроиову, 1997)

Показатель	Опиаты	Барбитураты	Бензодиазепины
Артериальное давление	↓↓↓ или ↓↓	↓↓	норма или ↓↓
Частота сердечных сокращений	↓↓, с увеличением экспозиции — ↑↑	↑↑	↑↑
Зрачок	Мноз	Норма, редко мноз	Норма илн мидриаз
Тонус скелетных мышц	↑↑, тризм жевательных мышц, редко судорогн	Редко тризм жевательных мышц, судороги	↓↓
Тонус мочевыводящнх путей	Спазм	Норма, редко спазм	Норма



↑↑ — показатель умеренно повышен; ↓↓ — показатель умеренно снижен;

↑↑↑ - показатель резко повышен; ↓↓↓ - показатель резко снижен

Симптомы интоксикации психоактивными веществами и синдрома отмены (по H. Kaplan, B. Sadock, 1998)

Вещества	Интоксикация	Синдром отмены
Опиаты	— Дремотное состояние — Смазанная речь — Нарушение внимания, памяти — Анальгезия — Анорексия — Понижение сексуального влечения — Снижение активности	— Настойчивые поиски препарата — Тошнота, рвота — Мышечные боли — Слезотечение, ринорея — Расширение зрачков — Пилоэрекция (симптом «гусиной кожи») — Потливость — Диарея — Лихорадка — Бессонница — Зевота
Фенамин и кокаин	— Потливость, озноб — Тахикардия — Расширение зрачков — Повышение артериального давления — Тошнота, рвота — Тремор — Аритмия — Лихорадка — Судороги — Анорексия, снижение массы тела — Сухость во рту — Импотенция — Галлюцинации — Повышенная активность — Раздражительность — Агрессивность — Бред	— Дисфория — Утомляемость — Расстройство сна — Ажитация — Настойчивые поиски препарата
Седативные, снотворные и анксиолитические средства	— Смазанная речь — Нарушение координации — Неустойчивая походка — Нарушение внимания, памяти	— Тошнота, рвота — Общий дискомфорт, слабость — Вегетативные реакции — Тревога, раздражительность — Повышенная чувствительность к свету и звуку — Крупноразмашистый тремор — Бессонница — Припадки

Группы	Основные представители	Форма употребления	Особенности хронической интоксикации (токсической зависимости)
Психотомиметики	LSD, псилоцибин, фенциклидин и его производные: PSP, «экстэзи» и др.	Внутривенно, внутрь (реже — транскутанно)	Формирование стойких астенических и апатоабулических расстройств, развитие шизоформных проявлений (ПЗ — +; ФЗ — +)
Транквилизаторы и антидепрессанты	Барбитураты, бензодиазепины, трех- и четырехциклические антидепрессанты	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких психоорганических и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ — +++; ФЗ — ±)
Средства с антихолинэргическим действием	Циклодол, димедрол, астматол, белладонна и др.	Внутривенно, внутрь	Формирование стойких астенических и интеллектуально-мнестических расстройств (ПЗ — +; ФЗ — +)
Эфирные растворители	Ацетон, бензин, бензол, хлороформ, толуол и др.	Ингаляционно (реже — аппликационно)	Формирование выраженных и стойких психоорганических (интеллектуально-мнестических) и эмоционально-волевых расстройств (ПЗ — ++; ФЗ — +)
Кокаин	—	Внутривенно, интраназально	Относительно быстрое формирование психоорганических нарушений (ПЗ — +++; ФЗ — +)

Производные эфедрина	Эфедрин, первитин	Внутривенно	Формирование стойких астенических и шизоформных расстройств (ПЗ – +++; ФЗ – +)
Амфетамины	Фенамин, сиднокарб и др.	Внутривенно, внутрь	Развитие стойких астенических расстройств, затяжных шизоформных психозов (ПЗ – +++; ФЗ – +)
Производные каннабиса	Гашиш, анаша, марихуана, план, чарс и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Быстрое формирование «амотивационного» и психоорганического синдромов, обострение латентной психической патологии (ПЗ – ++; ФЗ – +)
Опиаты и опиоиды	Морфин, кодеин, героин, промедол, омнопон, метадон, фентанил и др.	Внутривенно, ингаляционно (курение), внутрь	Заострение и огрубление преморбидных черт, психопатизация, быстрое нарастание психоорганических (интеллектуально-мнестических) расстройств (ПЗ – ++; ФЗ – +)

Выраженность психической (ПЗ) и физической (ФЗ) зависимости:
«±» – легкая, «+» – умеренная, «++» – выраженная,
«+++» – крайне выраженная

Вызывающие зависимость ПАВ, которые можно обиаружить в моче (по H. Kaplan, B. Sadock, 1998)

Вещества	Время, в течение которого препарат можно обнаружить в моче
Алкоголь	7–12 ч
Фенамин	48 ч
Барбнтураты	24 ч (непролонгированиого действия) 3 нед. (пролонгированного действня)
Бензодиазепины	3 дия
Кокаин	6–8 ч (метаболиты – 2–4 дня)
Кодеин	48 ч
Героин	36–72 ч
Марихуана	3 дня – 4 нед. (зависит от интенсивностн использования)
Метадон	3 дня
Метаквалон	7 дией
Морфин	48 – 72 ч
Фенилцнклидин	8 дней
Пропоксифен	6 – 48 ч

Таблица соответсвия диагностических заключений

Диагностическая рубрика по МКБ-10	Код по МКБ-10*	Традиционное диагностическое заключение
Острая интоксикация	F1x.0	Простое алкогольное опьянение; единичное употребление наркотических средств
Употребление с вредными последствиями	F1x.1	Бытовое (привычное) пьянство; эпизодическое употребление наркотических средств
Синдром зависимости	F1x.2	Хронический алкоголизм, наркомания, токсикомания
Состояние отмены	F1x.3	Абстинентный синдром
Состояние отмены с делирием	F1x.4	Делириозный абстинентный синдром (алкогольный делирий и т.п.)
Психотическое расстройство	F1x.5	Интоксикационный психоз
Амнестический синдром	F1x.6	Амнестический симптомокомплекс
Резидуальное психотическое расстройство	F1x.7	Хронический интоксикационный (алкогольный и пр.) психоз

* — третьим знаком (x) обозначается конкретное психоактивное вещество (алкоголь, опиаты и т.д.)

Раздел 5. Психогенные заболевания

Клинические признаки психогений
(«триада К. Ясперса»)

1. Совпаденне начала заболевання с воздействием психотравмы
2. Отражение психотравмы в структуре переживаний
3. Выздоровление по мере дезактуалнзацин психотравмы

Клинические критерии неврозов
(по В.Н. Мясищеву, 1960)

1. Связь психогении с личностью больного
2. Наличие определенного соответствня между клинническнми проявлениями и характером психотравмирующей ситуации
3. Наличне определенного соответствия динамики состояння с изменением псн-хотравмирующей ситуацни
4. Более высокая эффективиость психотерапевтических (по сравнению с биоло-гическими) методов лечения
5. Отсутствне пснхотнческих расстройств

Невроз
(по Б.Д. Карвасарскому)

Психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах (прн отсутствии психотическнх расстройств)

Шкала выраженности психотравмирующих воздействий (для взрослых, по DSM–III–R)

Выраженность психотравмы		Примеры психотравмирующих воздействий	
		Острые психотравмы (длительность < 6 мес.)	**Хронические психотравмы (длительность > 6 мес.)**
1	Отсутствует	Не было острых психотравм, которые могут быть связаны с заболеванием	Не было затяжных психотравмирующих обстоятельств, которые могут быть связаны с заболеванием
2	Незначительная	■ Разрыв с другом (подругой) ■ начало или окончание обучения ■ отъезд ребенка из дома	♦ семейные ссоры ♦ неудовлетворенность работой
3	Умеренная	■ женитьба ■ разлука ■ потеря работы ■ отставка ■ аборт	♦ разлад в семье ♦ серьезные финансовые затруднения ♦ конфликт с начальством ♦ быть «родителем одиночкой»
4	Выраженная	■ развод ■ рождение первого ребенка	♦ безработица ♦ бедность
5	Экстремальная	■ смерть супруга ■ серьезные соматические заболевания ■ стать жертвой изнасилования	♦ серьезная хроническая болезнь (у себя или ребенка)
6	Катастрофическая	■ смерть ребенка ■ суицид супруга ■ стихийные бедствия	♦ оказаться заложником ♦ пребывание в концентрационном лагере

Классификация психогений

Уровень расстройств	Группа состояний	Клинические формы	Соответствие критериям К. Ясперса
Непатологический (психическое здоровье)	Психологические стрессовые реакции	▪ гиперкинетическая ▪ гипокинетическая	+
Непсихотический (пограничные состояния)	Невротические реакции (до 14 суток)	▪ астеническая ▪ депрессивная ▪ истерическая ▪ эксплозивная ▪ фобическая	+
	Невротические состояния (неврозы) – до 3 мес.; затяжные невротические состояния – свыше 3 мес.	▪ истерический ▪ обсессивно-фобический ▪ неврастения	–
Психотический	Острые реактивные психозы	▪ аффектогенный ступор ▪ фугиформная реакция	+
	Затяжные реактивные психозы	▪ реактивная депрессия ▪ реактивный параноид ▪ истерические сумеречные расстройства	±

Дифференциальный диагноз начальной стадии алкоголизма и невротического состояния (по Н.Д. Лакосиной, М.М. Труновой, 1994)

Критерии	Алкоголизм	Невроз
Астенический синдром		
Связь с объективно существующей интеллектуальной или физической перегрузкой	отсутствует	имеется
Последовательность формирования невротической симтоматики	отсутствует	имеется
Гиперестетические проявления	доминируют в клинической картине	не доминируют
Дисфорические реакции	не истощаются	быстро истощаются
Депрессивный синдром		
Окраска аффекта	дисфорическая	тоскливая
Направленность	экстрапунитивная	интрапунитивная
Симптом «бегства в работу»	отсутствует	имеется
Симптом «отсутствия осознания причин болезни»	отсутствует	имеется
Симптом «надежды на светлое будущее»	отсутствует	имеется
Затрудение засыпания	вследствие гиперестезии	вследствие «пережевывания» событий прошедшего дня
Пробуждение по ночам	с дисфорией	с тревогой
Явления спастического колита в сочетании со стойкой гипотонией	нет	есть
Полиморфные соматические нарушения интоксикационного генеза	есть	нет

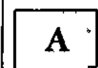
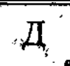
Диагностические критерии реакции на острый стресс (по МКБ-10)

А	Воздействие исключительно медицинского или физического стрессора.
Б	Симптомы возникают немедленно вслед за воздействием стрессора (в течении 1 часа).
В	Выделяются ***две группы симптомов*** с целью разделения *легкой* (признаки только 1-й группы), *умеренной* (признаки 1-й и двух симптомов 2-й группы) и *тяжелой* (признаки 1-й и четырех симптомов 2-й группы) реакции на острый стресс: 1. Признаки генерализованного тревожного расстройства 2. а) уход от предстоящих социальных взаимодействий; б) сужение внимания; в) проявления дезориентации; г) гнев или словесная агрессия; д) отчаяние или безнадежность; е) неадекватная или бесцельная гиперактивность; ж) неконтролируемое и чрезмерное переживание горя.
Г	Если стрессор преходящий или может быть облегчен симптомы должны начать уменьшаться не позднее восьми часов. Если же стрессор продолжает действовать – не позже 48 ч.
Д	Реакция должна развиваться в отсутствие любых других психических или поведенческих расстройств (за исключением генерализованных тревожных расстройств и расстройств личности), либо, не менее, чем через три месяца после их завершения.

Диагностические критерии расстройств адаптации (по МКБ-10)

А	Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип
Б	Наличие отдельных, вариабельных по форме и тяжести, симптомов, характерных для других эффективных, невротических, соматоформных и поведенческих расстройств ***Выделяют:*** — короткую депрессивную реакцию (не более одного месяца), — пролонгированную депрессивную реакцию (не более 2-х лет); — смешанную (тревожно-депрессивную) реакцию; — с преобладанием расстройств других эмоций; — с преобладанием нарушения поведения; — со смешанными расстройствами эмоций и поведения; — с другими уточненными преобладающими симптомами.
В	Симптомы не продолжаются более, чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий (за исключением пролонгированной депрессивной реакции)

Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (по МКБ-10)

	Наличие в анамнезе стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, способных вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума
	Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором
	Обнаруживается фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора)
	***Любое из двух:*** 1. Психогенная амнезия (частичная или полная) в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора; 2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя признаками из следующих: а) затрудненное засыпания или сохранения сна; б) раздражительность или вспышки гнева; в) затруднения концентрации внимания; г) повышение уровня бодрствования; д) усиленный рефлекс четверохолмия (висцеро-вегетативных проявлений)
	Критерии Б, В и Г возникают в конце периода стресса или не позднее шести месяцев после его окончания

Диагностические критерии социально-стрессовых расстройств (по Ю.А. Александровскому, 1995)

Условия (причины) возникновения и особенности субъективных переживаний

- Коренное измененне общественных отношенний, выходящее за рамки обычного опыта;
- Резкая смена снстемы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм н ценностей, остававшихся неизменными на протяжении длительного периода жизни;
- Измененне прнвычных социальных связей и жизненных планов;
- Нестабильность н неопределенность жизненного положення;

Особенности поведения

- Заострение личностно-типологических черт характера;
- Развитие гиперстении, гипостеннн, паничсских реакций, депрессивных, нстерическнх н других психических нарушений;
- Утрата способностн прнспосабливаться к пронсходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях;
- Появление цинизма, склонности к антнсоцнальным действиям;

Основным отличием социально-стрессовых расстройств от ПТСР является то, что онн затрагивают не отдельных лнц, переживших конкретные жизиеопасные ситуации, а значительное чнсло людей с макросоциальными общегрупповыми пснхогениями (при коренном изменении укоренившегося массового сознания и образа жнзни)

Основные психогенные (истерические) сумеречные расстройства

Клинические формы	Особенности клинических проявлений
Псевдодеменция	утрата элементарных навыков и знаний
Пуэрилизм	детскость поведения, мимики, жестов
Синдром Ганзера	симптомы «мимо» ответов
Синдром «одичания»	«животные» формы поведения

Основные соматоформные расстройства*

Код по МКБ-10	Наименование расстройства	Краткая клиническая характеристика
F 45.0	Соматизированное расстройство	Озабоченность наличием длительных (не менее 2-х лет), множественных и разнообразных жалоб соматического характера, которые не соответствуют данным объективного обследования
F45.2	Ипохондрическое расстройство	Длительное (не менее 6 мес.) и упорное убеждение в наличии у себя не более, чем 2-х серьезных заболеваний, которые не выявляются при объективном обследовании
F 45.3	Соматоформная вегетативная дисфункция	Соответствие традиционно принятым в нашей стране понятиям «невроз сердца», «невроз желудка» и т.п.

* — в МКБ-10 соматоформные расстройства объединены в общий диагностический раздел с невротическими и связанными со стрессом расстройствами

Психогенные развития личности (Гиндикин В.Я., 1997)

Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга, развившиеся в результате неблагоприятных психотравмирующих воздействий, заведомо неадекватного воспитания, катастрофических или чрезмерных продолжительных стрессов

Невротическое развитие личности вариант становления краевой психопатии, при которой хронифицированное невротическое состояние через этап невротической депрессии трансформируется в приобретенную психопатию	— истерическое — эксплозивное — обсессивное
Патологическое развитие личности постепенный медленный качественный сдвиг преморбидных особенностей личности под воздействием длительно существующих патогенных вредностей с формированием стойких систематизированных сверхценных (бредовых) идей.	— ипохондрическое — сутяжно-параноййяльное — ревности

Патохарактерологическое развитие личности

вариант формирования краевой психопатии под влиянием неблагоприятных внешних обстоятельств

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностическое заключение по МКБ-10	Код по МКБ-10	Традиционное диагностическое заключение
Тревожно-фобические расстройства	F40	Невроз навязчивых состояний
Другие тревожные расстройства	F41	Невроз навязчивых состояний
Обсессивно-компульсивное расстройство	F42	Невроз навязчивых состояний
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	F43	Психологические стрессовые реакции, кратковременные невротические реакции
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	F44	Истерический невроз
Соматоформные расстройства	F45	Ипохондрический синдром
Неврастения	F48.0	Неврастения
Острые и транзиторные психотические расстройства	F23	Острый реактивный психоз

Раздел 6. Патологии психического развития

Психическая индивидуальность человека

Совокупность психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств человека

1. **ТЕМПЕРАМЕНТ**
(биологическая составляющая психической индивидуальности)
2. **ХАРАКТЕР**
(психологическая составляющая психической индивидуальности)
3. **ЛИЧНОСТЬ**
(социальная составляющая психической индивидуальности)

Сравнительная характеристика черт характера (по В.Д. Менделевичу, 1999)

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность, гибкость	Дезадаптивность, ригидность
Адекватность самооценки (реализм в оценке окружающих)	Неадекватная самооценка (использование каузальиой атрибуции)
Зрелость, автономность (самостоятельность)	Инфантилизм, зависимость (несамостоятельность)
Естествениость (простота)	Неестественность
Проблемная центрация (фиксация)	Центрация (фнксация) на второстепенном (иесущественном)
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (от самоуничижения к гипероценке)
Оптимальное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

Соотношение типов воспитания и типов характера (по В.Д. Менделевичу, 1999)

Тип воспитания	Тип характера						
	И	Ш	Эв	ПС	А	П	М
«Кумир семьи»	++	–	–	–	–	–	+
Гиперопека	+	+	+	–	++	–	+
Гипоопека	+	++	++	–	+	–	+
Безнадзорность	–	+	+	–	–	–	–
«Золушка»	–	–	–	–	+	–	–
«Ежовые рукавицы»	–	+	++	+	+	–	+
Парадоксальная коммуникация	–	++	–	–	–	+	+

- истерический (И), шизоидный (Ш), эпилептоидный — возбудимый вариант (Эв), психастенический (ПС), астенический (А), параноияльный (П), мозаичный (М) тип характера;
- (+, –) — степень влияния особенностей воспитания на формирование соответствующих типов характера

ПСИХОПАТИИ * — патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности

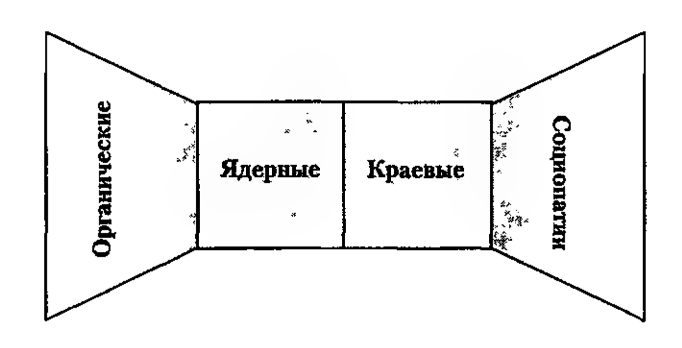
* В МКБ-10 — «Расстройства личности»

Клинические признаки психопатий («триада П.Б. Ганнушкина»)

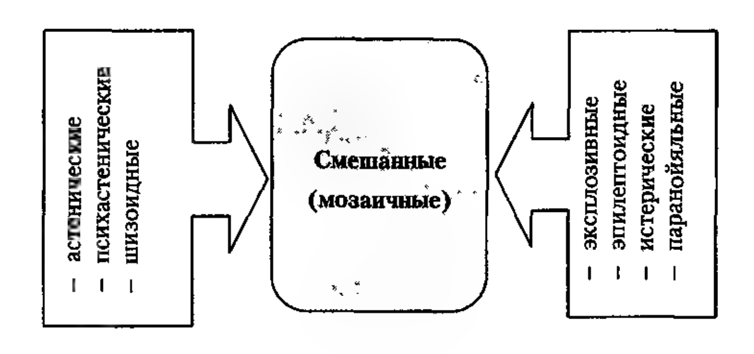
1. **Тотальность психопатических черт личности (проявляются в любой жизненной ситуации)**
2. **Стойкость (малая обратимость) патологических черт личности**
3. **Выраженность патологических черт личности до степени социальной дезадаптации**

Основные классификации психопатий

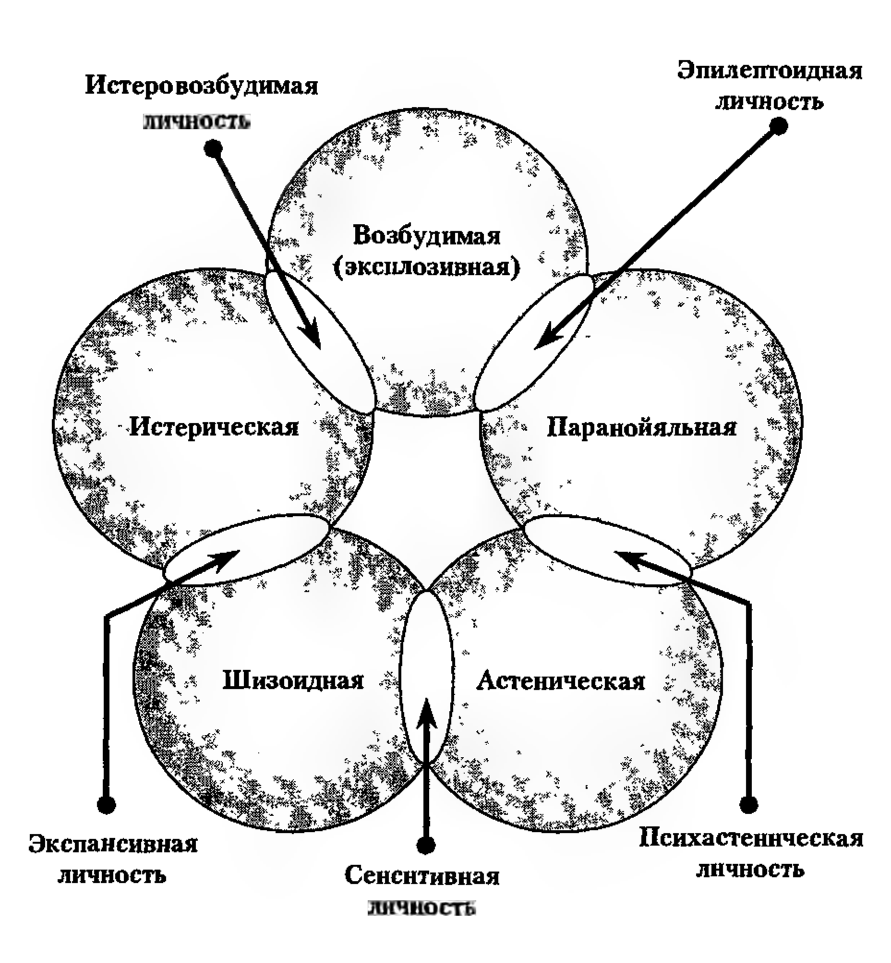
Систематика психопатий по степени выраженности (тяжести) клинических проявлений



Клиническая систематика психопатий (по О.В. Кербикову, 1962; Г.К. Ушакову, 1979)



Соотношение различных клинических форм психопатий (по Б.В. Шостаковичу, 1988)



Диагностические критерии специфических расстройств личности (по МКБ-10)

А Внутреннне переживания н поведение индивидуума в целом существенно и постоянно отклоняются от культурально прннятого днапазона («нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной нз следующих сфер:

- когнитивная сфера (т.е. характер восприятия и ннтерпретацнн предметов, людей н событий);
- эмоциональность (днапазон, интенснвность н адекватиость эмоцнональных реакцнй);
- контролирование влечений н удовлетворение потребностей;
- отношення с другнми и манера решения интерперсональных ситуаций.

Б Недостаточная адаптнвность илн другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных н соцнальных ситуаций (т.е. не ограничнваются одиим «пусковым механнзмом» или снтуацией).

В В связи с поведеннем, отмеченном в пункте «Б», отмечается лнчностный дистресс нли неблагоприятное воздействне на соцнальное окружение.

Г Отклонение является стабильным н длительным, начннаясь в старшем детском нлн подростковом возрасте.

Д Отклонение не может быть объяснено как проявленне или последствие других пснхических расстройств зрелого возраста.

Е В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органнческое заболеванне мозга, травма илн днсфункцня мозга.

Основные динамические сдвиги при психопатиях

Основные динамические сдвиги		Связь с психогенными факторами	Длительность
Реакции	Специфические	+	Часы–дни
	Неспецифические		
Декомпенсации		+	Недели–месяцы
Фазы		—	Недели–месяцы

Патологическое развитие

Тип динамики слагающийся из ряда неспецифических психопатических реакций с формированием ранее не свойственных стойких изменений личности

Транзиторные расстройства личности (В.В. Нечипоренко, 1989)

Расстройства личности, при которых отсутствует окончательно сформированная ее патологическая структура, а дисгармония характера носит парциальный, обратимый характер

Таблица соответствия диагностических заключеиий

Диагностическая рубрика *по* МКБ-10	**Код по МКБ-10**	**Традиционное диагностическое заключение**
Параноидное расстройство личиости	**F60.0**	Паранойяльная пснхопатия
Шизоидное расстройство личности	**F60.1**	Шизоидная пснхопатия
Днссоциальное расстройство личностн	**F60.2**	Мозаичная психопатия; Неустойчивая психопатия
Эмоционально-неустойчивое расстройство личиости	**F60.3**	Неустойчнвая психопатия
Истерическое расстройство лнчности	**F60.4**	Истерическая психопатия
Ананкастное расстройство личности	**F60.5**	Психастения
Тревожное расстройство лнчности	**F60.6**	Психастения
Зависимое расстройство личиости	**F60.7**	Астеническая психопатня
Смешанное н другие расстройства личности	**F61**	Мозаичная психопатия
Хронические изменеиия личности, не связанные с повреждеиием или заболеванием мозга	**F62**	Постреактнвное развитне личности; пснхопатоподобные состояния после перенесеиных заболеваний

Акцентуации характера
(А.Е. Личко, 1977)

Крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживаетс избирательная уязвимость к определенного рода психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим

Соотношение типов акцентуации личности и характера

Акцентуации личности (K.Leongard,1964)	Акцентуации характера (А.Е.Личко,1977)
гипертимический	гипертимный
дистимический	циклоидный
аффективно-лабильный	—
аффективно-экзальтированный	лабильный
эмотивный	—
тревожный (боязливый)	—
—	астено-невротический
—	сенситивный
педантичный	психастенический
интравертированный	шизоидный
возбудимый	эпилептоидный
застревающий	—
демонстративный	истероидный
—	неустойчивый
экстравертированный	конформный

Основные формы отклоняющегося поведения

Отклоняющееся (девиантное) поведение

система поступков (отдельные поступки), противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, адаптационных механизмов и неспособности (уклония) к нравственному н эстетическому контролю за своим поведением

Типы девиантного поведения

- **Делинквентиое** (отклоняющееся поведение, с отчетливой антиобщественной направленностью, приобретающее, в крайних своих проявлениях, уголовно наказуемый характер)
- **Аддиктивиое** (отклоняющееся поведенне со стремлением к уходу от реальностн посредством прнема психоактивных веществ, либо чрезмерной фиксацией на определенных видах деятельности)
- **Патохарактерологическое** (отклоняющееся поведение, обусловленное патологическнми изменениями характера вследствие дефектов воспитания)
- **Психопатологическое** (отклоняющееся поведение, обусловленное психическими расстройствами)
- **На базе гиперспособиостей** (отклоняющееся поведеиие, сопровождающееся девиациями в обыденной жизни, при особой одаренности н даже гениальности в других сферах деятельности)

Клинические формы девиантного поведения

- **Агреесивное иоведение**
- **Аутоагрессивиое (суицидальное) поведение**
- **Злоупотребление веществами, вызывающими состояние измененной исихической деятельности** (алкоголизация, ларкотизация и др.)
- **Нарушения пищевого поведения** (переедание, голодание)
- **Аномалии сексуального поведения** (девнации, перверсии)
- **Сверхценные психологические увлечения** («трудоголизм», спортивный, музыкальный и прочий фанатизм, гемблинг и др.)
- **Сверхцеиные психопатологические «увлечения»** (сутяжиичество, кверулянтство, клептомания, дромомания и др.)
- **Характерологические и патохарактерологические реакции** (эмансипации, группирования, оппозниции и др.)
- **Коммуникативные девиации** (аутизация, гиперобщительность, конформнзм, нарциссическое поведенне и др.)
- **Аморальиое (безнравствеиное) поведение**
- **Неэстетическое иоведение**

Соотношение основных клинических форм и типов девиантного поведения (по В.Д. Менделевичу, 1999)

Формы девиантного поведения	Типы девиантного поведения				
	ДП	АП	ПхП	ПпП	НБГ
Агрессивное поведение	+++	+	++++	++	—
Аутоагрессивное (суицидальное) поведение	—	+	++++	++	—
Злоупотребление ПАВ	—	++++	+++	++	+
Нарушение пищевого поведения	—	+	+++	++	—
Аномалии сексуального поведения	+	++	++++	+++	+
Сверхценные психологические увлечения	—	++	+++	—	+++
Сверхценные психопатологические «увлечения»	—	—	+++	++++	—
Патохарактерологические реакции	+	+	++++	++	+
Коммуникативные девиации	+	++	+++	+++	+
Аморальное (безнравственное) поведение	++++	+	+	+	—
Неэстетическое поведение	+	—	+++	++	++

— Типы поведения: делинкветный (ДП), аддиктивный (АП), патохарактерологический (ПхП), психопатологический (ПпП), на базе гиперспособностей (НБГ);

— Степень соотношения форм и типов девиантного поведения: данная форма *всегда или почти всегда* (++++), *часто* (+++), *иногда* (++), *редко* (+) соответствует определенному типу поведения

Агрессия — физическое или вербальное поведение, направленное на причинение кому-либо вреда

Типы агрессии по Бассу (Bass, 1976)

- **Физическая (Ф) – вербальная (В)**
- **Активная (А) – нассивная (П)**
- **Прямая (Пр) – непрямая (НПр)**

Тип агрессии	Примеры
Ф – А – Пр	Прямое нанесенне человеку фнзического вреда (нзбиение, ранение н т.д.)
Ф – А – НПр	Сговор с другнм человеком о нанесеннн кому-лнбо физического вреда
Ф – П – Пр	Стремление фнзнчески не позволить кому-либо достнчь желаемой цели (напрнмер, сидячая демонстрация)
Ф – П – НПр	Отказ от выполнення необходнмых задач
В – А – Пр	Словесное оскорбленне илн униженне другого человека
В – А – НПр	Распространение клеветы (сплетен) о другом человеке
В – П – Пр	Отказ разговарнвать с другим человеком, отвечать на его вопросы н т.д.
В – П –НПр	Отказ высказаться в защнту человека которому нанесено незаслуженное оскорбленне илн униженне

Аутогрессивиое поведение

Аутогрессивное поведение * — поведение, направленное на причинение вреда самому себе

Формы аутогрессии

- **Суицидальное поведение** (самоубийства)
- **Парасуицидальпое поведение** (самоповреждения)

Типы суицидального поведения (по E. Durkheim, 1897)

- **«Аномическое»** (связано с кризисными, трагедийными ситуациями)
- **«Альтруистическое»** (совершается ради блага других людей)
- **«Эгоистическое»** (обусловлено неприемлемостью для индивида социальных требований и общественных норм поведения)

Этапы суицидального поведения (по А.Г. Амбрумовой, 1980)

Пресуицид	**Пассивные суицидальные мысли**	Характеризует отвлеченные представления (фантазии) о возможной смерти
	Суицидальные замыслы	Характеризует обдумывание «плана» суицида (способы, время и место действия)
	Суицидальные намерения	Характеризует присоедииение к замыслу («плану» суицида) волевого компоиента
Суицидальный акт		– истинный – демонстративно-шантажный
Постсуицидальный период		– критический тип – манипулятивный тип – аналитический тип – суицидально-фиксированный тип

<u>Психопатологические синдромы с высоким риском аутоагрессивного поведения:</u>
депрессивный, ипохоидрический, дисморфоманический, вербального галлюциноза, паранойяльный, параноидный

* — выделяют инфантильную форму аутоагрессии, когда причинение вреда самому себе преследует цель «наказать» таким образом своих близких

Ложные представления о самоубийстве (по Р. Шейдеру, 1998)

Бытующее мнение	Фактическое положение
Те, кто много говорят о самоубийстве, обычно его не совершают	Большинство самоубийц перед смертью делятся своими намерениями и горестями
Самоубийство — импульсивный акт, совершаемый внезапно	Существует множество признаков повышенного риска самоубийства
Решившиеся на самоубийство редко колеблются	Самоубийству обычио предшествуют попытки найти утешение и помощь
Склоиность к самоубийству наследуется	Хотя самоубийства н попытки самоубнйства действительно чаще совершаются теми, у кого в семье уже были подобные случаи или покончил с собой кто-то из близких друзей, предрасположенность к самоубийству не наследуется и не является чертой характера
Риск самоубийства носит кратковременный характер; когда кризнсная ситуация проходит, обычно наступает улучшеиие	Улучшеиие может быть обманчивым. Под внешним спокойствием может скрываться твердо прннятое решение, а иекоторый подъем сил иногда лнщь помогает выполнить задуманиое

Аддиктивное поведение — отклоняющееся поведение со стремлением к уходу от реальности посредством приема психоактивных веществ, либо чрезмерной фиксацией на определенных видах деятельности

Формы аддикции

- **Наркотическая**
- **Алкогольная**
- **Табачная**
- **«Бегство» от реальности путем сосредоточения на узконаправленной сфере деятельности**

Этапы наркотической аддикции (по В.С. Битенскому с соавт., 1889)

- **«Первых проб»**
- **«Поискового полинаркотизма»**
- **«Выбора предпочитаемого вещества»**

Формы «бегства» от реальности (по N. Peseschkian, 1985)

замещение традиционных форм жизнедеятельности и иерархии ценностей обыденной жизни лишь собственным психическим или физическим «усовершенствованием» (**«бегство в тело»**), исключительно служебными делами (**«бегство в работу»**), постоянным (утрированным) стремлением к общению или, наоборот, уединению (**«бегство в контакты или одиночество»**), жизнью в мире иллюзий и фантазий (**«бегство в фантазии»**) и т.д.

Факторы, способствующие (препятствующие) аддиктивному поведению

- **Социальные** (доступность психоактивного вещества, «мода» на него; степень грозящей ответственности; влияние группы, определенных социальных слоев, культуральных факторов и др.)
- **Психологические** (тип акцентуации характера; привлекательность возникающих или ожидаемых ощущений; страх причинить вред своему здоровью и др.)
- **Биологические** (степень изначальной индивидуальной толерантности; отягощенная наследственность; резидуальные органические поражение головного мозга; хронические соматические заболевания и др.)

Аномалии сексуального поведения — любые (качественные, количественные) отклонения от сексуальной нормы

Сексуальная норма* — многоаспектное понятие, включающее в себя морально-нравственную, общестатистическую, физиологическую, возрастную, индивидуально-конституциональную, культуральную и прочие составляющие

Основные формы сексуальных девиаций

- **Несоответствие половой направленности сексуального влечения:**
  - — ***гомосексуализм*** (направленность сексуального влечения на лиц одноименного пола);
  - — ***нарциссизм*** (направленность сексуального влечения на себя);
- **Несоответствие возрастной направленности сексуального влечения:**
  - — ***педофилия*** (сексуальное влечение взрослых к детям);
  - — ***эфебофилия*** (сексуальное влечение взрослых к подросткам);
  - — ***геронтофилия*** (сексуальное влечение к партнеру старческого возраста);
- **Несоответствие биологической направленности сексуального влечения:**
  - — ***зоофилия*** (влечение к совершению сексуальных действий с животными);
  - — ***некрофилия*** (влечение к совершению сексуальных действий с трупами);
- **Извращение способа реализации сексуального удовлетворения:**
  - — ***садизм*** (путем причинения страдания партнеру);
  - — ***мазохизм*** (путем собственных страданий, причиняемых партнером);
  - — ***трансвестизм*** (путем переодевания в одежду противоположного пола);
  - — ***эксгибиционизм*** (путем обнажения собственных половых органов);
  - — ***фетишизм*** (путем замещения объекта сексуального влечения каким-либо символом);
  - — ***вуайеризм*** (путем подглядывания или подслушивания за сексуальной жизнью других)

* — соотношение сексуальных девиаций и нормы определяется этапом (уровнем) развития общества, его морально-нравственными ценностями и культуральными традициями

Патохарактерологические реакции (по А.Е. Личко, 1985) – психогенно обусловленные выраженные и стереотипно повторяющиеся отклонения в поведенин, отличающиеся от нормальных его форм склонностью:

- к генерализации (способностью возникать в самых различных ситуациях и по различным, зачастую незначительным, поводам);
- к стереотипности проявлений, повторяя как клише по разным поводам одни и те же поступки;
- превышать «потолок» поведеических нарушеиий, однако, в соответствии с поведенческими девиациями свойственными группе, к которой принадлежит индивидум;
- приводить к социальной дезадпатации;

Основные типы патохарактерологических реакций

- ***Отказа*** (характеризуется отсутствием или снижением стремления к естественным контактам с окружающими)
- ***Оппозиции*** (характеризуется активиым или пассивным противопоставлённием себя окружающнм)
- ***Имитации*** (характеризуется стремлеиием к подражанию какому-либо лицу или образу)
- ***Компенсацпи*** (характеризуется стремлением скрыть или восполнить собственную несостоятельность в какой-либо области успехом в другой)
- ***Гиперкомпеисации*** (характеризуется стремлением достичь успеха именно в той области деятельности, в которой отмечается несостоятельность)
- ***Эмансипации*** (характеризуется склонностью к подчеркнутой собствеиной самостоятельности и независимости)
- ***Группирования*** (характеризуется неспособностью к самостоятельной деятельности и стремлением решить собственные проблемы посредством группировки с другими людьми)

Основные клинические формы патохарактерологических реакций

— ***Неустойчивые***

— ***Истероидные***

— ***Аффективно-эксплозивные***

ОЛИГОФРЕНИИ* — врожденные или рано (до 3-х летнего возраста) приобретенные состояния психического недоразвития с преимущественным поражением интеллекта

* В МКБ-10 — «умственная отсталость»

легкая умственная отсталость	*умеренная* умственная отсталость	*тяжелая* умственная отсталость	*глубокая* умственная отсталость
Дебильность	**Имбецильность**		**Идиотия**
По выраженности (тяжести) проявлений			



По этиологии		
Наследственно обусловленные	**Эмбриопатии**	**Обусловленные патологией пери- и постнатального периодов**
— истинная микроцефалия — энзимопатические формы — обусловленные хромосомными аберрациями	— обусловленные вирусными инфекциями — обусловленные воздействием экзогенных токсических факторов	— обусловленные резус-конфликтом — при асфиксии плода — связанные с родовыми травмами — вследствие инфекций, ЧМТ и интоксикаций раннего детского возраста

Дифференциальная диагностика олигофрений

Клинические признаки	Дебильность	Имбецильность	Идиотня
Речь	конкретно-образная	фразовая	отсутствует
Инстинктивная деятельность	–	+	+ +
Способность к самообслуживанию	+ +	+	–
Способиость к обучеиию	+	–	–

Критерии выраженности умственной отсталости (яо МКБ-10)

Код по МКБ-10	Умственная отсталость	Коэффициент интеллектуальности (IQ)	Умственный возраст
F70	Легкая	50–69	9–12 лет
F71	Умеренная	35–49	6–9 лет
F72	Тяжелая	20–34	3–6 лет
F73	Глубокая	менее 20	до 3 лет

ЧАСТЬ IV. ОСНОВЫ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

Экстремальная психиатрия — одно из наиболее бурно развивающихся направлений психиатрии в последние годы. Предметом ее изучения являются особенности психических расстройств, развивающихся в критических, жизнеопасных ситуациях. В рамках данного направления многими авторами рассматриваются, в качестве самостоятельных областей науки, психиатрия катастроф, а также военная и судебная психиатрия. Краткое изложение наиболее, по нашему мнению, значимых для практического врача сведений по перечисленным проблемам приведено ниже.

Раздел 1. Избранные вопросы психиатрии катастроф

Основные понятия медицины катастроф

- ***Авария*** (опасное техногенное происшествие, создающее на объекте, определенной территории или акватории угрозу жизни и здоровью людей)
- ***Катастрофа*** (внезапное, быстротечное событие, повлекшее за собой человеческие жертвы, существенный ущерб здоровью людей и окружающей среде, а также разрушение или уничтожение объектов и других материальных ценностей в значительных размерах)
- ***Чрезвычайная ситуация*** (обстановка, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, стихийного бедствия и характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных, резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения сил и средств службы медицины катастроф извне)
- ***Очаг поражения*** (ограниченная территория, в пределах которой в результате непосредственного воздействия поражающих факторов источника ЧС произошли массовая гибель или поражение людей)
- ***Психиатрия катастроф*** (раздел психиатрии, решающий актуальные задачи медицины катастроф по сохранению психического здоровья населения в зоне ЧС, а также участников ликвидации последствий ЧС)
- ***Психиатрическая помощь в ЧС*** (комплекс медико-психологических и психиатрических мероприятий, осуществляемых при ликвидации последствий ЧС и направленных на купирование острых психических расстройств, нормализацию психического состояния пострадавших и спасателей, а также последующую их реабилитацию)
- ***Медико-психологическая разведка*** (вид медико-санитарной разведки, направленной на оценку и прогнозирование социальных, медико-психологических и психиатрических последствий ЧС)
- ***Психофизиологическая «цена» деятельности*** (степень изменения в процессе деятельности соотношения между исходным, текущим и предельным состоянием функциональных систем организма, обеспечивающих ее выполнение)

Критерии чрезвычайных ситуаций

Временной	✓ Внешняя внезапность, неожиданность возникновения ЧС; ✓ Быстрое развитие событий (с момента начала ЧС); ✓ Тяжесть отдаленных последствий для жизни и здоровья людей;
Социально-экологический	✓ Значительные человеческие жертвы, эпидемии, мутагенез, тератогенез у человека и животных; ✓ Эпизоотии, массовый падеж скота; ✓ Вывод из воспроизводства значительной части природных ресурсов сельскохозяйственных угодий и культур;
Социально-психологический	✓ Стрессовое состояние (страх, депрессии, психосоматические расстройства, фобии и т.д.); ✓ Дестабилизация психологической устойчивости населения в посткризисный период;
Социально-политический	✓ Остроконфликтность, взрывоопасность; ✓ Усиление внутриполитической напряженности, широкий международный резонанс;
Экономический	✓ Значительный экономический и материальный ущерб; ✓ Выход из строя инженерных систем и сооружений; ✓ Необходимость использования большого числа разнообразной техники для предотвращения ЧС и ликвидации ее последствий;
Организационно-управленческий	✓ Неопределенность ситуации, сложность принятия решений, прогнозирования хода событий; ✓ Необходимость привлечения большого числа различных организаций и специалистов; ✓ Необходимость масштабных эвакуационных и спасательных работ, включая медицинскую помощь;
«Специфический» (мультипликативный)	✓ Разнонаправленность и взаимозависимость последствий ЧС, их непредсказуемый, цепной характер

Организация психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций

С медицинской точки зрения любая крупномасштабная чрезвычайная ситуация характеризуется массовым, внезапным поступление пострадавших, многообразием возникающих организациоиных проблем, дефицитом времени сил и средств и, как правило, несоответствием между потребностью в медицинской помощи и имеющимися в момент ее оказания возможностями.

Основные принципы оказания психиатрической помощи в условиях чрезвычайных ситуаций

Оказание психиатрической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях осуществляется в соответствии с принципами единой доктрины, основой которой является система лечебно эвакуационных мероприятий и своевременное оказание всех видов медицинской помощи с учетом особенностей, присущих чрезвычайной ситуации

- ***соответствие сил и средств психиатрической помощи задачам по ее оказанию*** (распространенности и структуре психических расстройств, категорий нуждающихся, этапа оказания психиатрической помощи);
- ***своевременное их развертывание*** (взаимодополняющий, а не дублирующий характер развертывания на различных этапах);
- ***рациональное использование имеющихся сил и средств***;
- ***возможность маневра силами и средствами, а также объемом и видом психиатрической помощи***, в зависимости от характера и особенностей медицинской обстановки;
- ***возможность своевременного усиления отдельных этапов оказания психиатрической помощи***;
- ***примат адекватной сортировки и быстрейтей эвакуации пострадавших*** из зоны чрезвычайной ситуации, при минимальном объеме лечебных мероприятий непосредственно очаге чрезвычайной ситуации;
- ***раннее рассредоточение эвакуационных потоков***, исходя из тяжести (уровня) психических расстройств;
- ***преемственность и последовательность в оказании психиатрической помощи***;
- ***сочетание лечебных и реабилитационных мероприятий*** на всех этапах психиатрической помощи.

Основные лечебно-диагностичесние подходы на передовом этапе оказания психиатрической помощи

- ***приближенность*** (приближение сил и средств к передовым этапам оказания помощи);
- ***оперативность*** (использование на передовых этапах методов экспресс-диагностики и лечения);
- ***простота*** (применение на передовых этапах максимально простых методов диагностики и лечения);
- ***комплексность*** (сочетание различных методов диагностики и лечения);
- ***неотложность*** (оказание помощи в наиболее ранние сроки);
- ***направленность*** (ориентация психокоррекционных мероприятий как на нормализацию психического состояиия, так и иа восстаиовлеиие трудоспособности);
- ***этапность*** (сочетаиия процесса лечеиия пострадавших с их эвакуацией по назначению);
- ***специфичность*** (обязательность учета специфики или чрезвычайной ситуации и преобладающих этиопатогенетических факторов);
- ***индивидуальность*** (учет культуральных, возрастных, профессиональных и личностно-типологических особеиностей пострадавших).

Основным принципом оказания психиатрической иомощи иа передовом этапе является минимальный ее объем с быстрейшей эвакуацией пострадавших из зоны очага бедствия

Единая государственная система иредупреждения и ликвидацки чрезвычайных ситуаций (РСЧС)

Государственная организационно-правовая структура, объединяющая органы управления, силы и средства федеравьных органов исполнительной власти, органов исполнительной властн субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления н организаций, в полномочия которых входит решение вопросов защиты населения и территорий от чрезвычайпых снтуацнй.

РСЧС имеет 5 уровней:

федеральный, региональный, территориальный, местный, объектовый

Основные задачи РСЧС

- разработка и реализация правовых и экономических норм, связанных с обеспечением защнты населения и территорий от ЧС;
- осуществление целевых н научно-технических программ, направленных на предупреждение ЧС;
- обеспечение готовности к действиям органов управления, сил и средств, предназначенных для предупреждения и ликвидацин ЧС;
- сбор, обработка, обмен и предоставленне информации в области защиты населения и территорий от ЧС;
- подготовка населения к действиям в ЧС;
- прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС;
- создание финансовых и материальных резервов для ликвидации ЧС;
- осуществление государственой экспертизы, надзора и контроля в области защиты населення и территорий от ЧС;
- ликвидация ЧС;
- осуществленне мероприятий по социальной защите, реализацин прав и обязанностей населения, пострадавшего от ЧС, а также лиц, участвующих в ликвидацин их последствий;
- международное сотрудничество в области защиты населения и террнторий от ЧС

Министерство Российской Федерации по делам граждаиской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России)

Центральный орган федеральной исполнительиой власти РФ, разрабатывающий и реализующий государственную политику, координацию деятельности органов государственного управления в области предупреждения и ликвидации ЧС и общее руководство созданием, функционированием и дальнейшим развитием РСЧС в рамках имеющнхся полномочий

Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)

ВСМК является подсистемой РСЧС и функционально объединяет службы медицины катастроф МЗ РФ, МО РФ, а также силы и средства МПС РФ, МВД РФ и других федеральных органов исполнительной власти, предназначенных для ликвидации ***медико-санитарных последствий*** ЧС

ВСМК создана и действует в соответствии с постановлением Правительства РФ от 03.05.94 г. 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами»

Основные задачи ВСМК

- прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий ЧС;
- организация и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации ЧС;
- обеспечение готовности органов управления, систем связи и оповещения, формирований и учреждений ВСМК к действиям в условиях ЧС;
- сбор, обработка, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера по защите населения и территорий в ЧС;
- участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля по защите населения и территорий в ЧС;
- создание и рациональное использование финансовых, медицинских и материально-технических резервов для обеспечения работы ВСМК;
- участие в разработке и осуществлении мер по социальной защите, реализации прав и обязанностей населения, пострадавшего от ЧС, а также лиц, участвующих в ликвидации их последствий;
- разработка и совершенствование единой системы медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
- участие в обучении населения и спасателей правилам оказания первой медицинской помощи в ЧС;
- научно-исследовательская работа по развитию и совершенствованию структуры и деятельности ВСМК;
- международное сотрудничество в области медицины катастроф

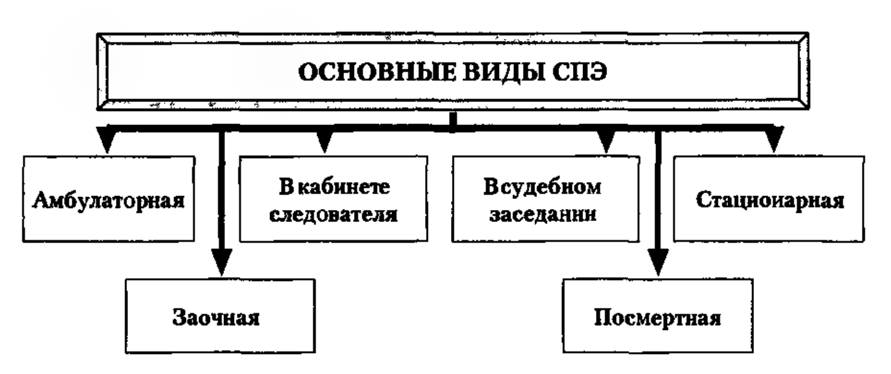
Всероссийский центр медицины катастроф «Защита»
(ВЦМК «Защита»)
Головное научно-практическое государственное учреждение МЗ РФ по проблемам службы медицины катастроф

Раздел 2. Отдельные аспекты судебной психиатрии

Основные задачи судебно-психиатрической экспертизы

- определение психического состояния и заключение о вменяемости подозреваемых и подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло сомнение в их психическом здоровье, а также заключение о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми или заболевших психической болезнью после совершения преступления;
- определение психического состояния свидетелей и потерпевших, заключение о способности обследуемых правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для дела, в случаях, когда у органов следствия и суда возникают сомнения в психической полноценности указанных лиц;
- определение психического состояния истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о их дееспособности.

Судебно-психиатрическая экспертиза *проводится* по постановлению следователя, прокурора, органа дознания, определению военного трибунала (суда) и по определению (постановлению), вынесенному единолично судьей по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела.



Условия невменяемости (ст. 21 УК РФ)

Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими вследствие хронического психического расстройства, временного психического расстройства, слабоумия либо иного болезненного состояния психики.

Формула невменяемости

Медицинский критерий	Юридический критерий
– хроническое душевное заболевание – временное расстройство психической деятельности (транзиторные психотические расстройства, отмечавшиеся в момент совешения противправных действий) – слабоумие – иное болезненное состояние (как правило, расстройства личности, при которых отсутствует психотическая основа, но имеются качественные отличия от нормы)	– интеллектуальный признак (невозможность отдавать себе отчет в своих действиях) – волевой признак (невозможность руководить своими действиями)

* — для вынесения заключения о невменяемости необходимо наличие обоих критериев

Медициискне критерии невмеияемости

Медицинские критерии невменяемости представляют собой обобщающий перечень психических болезней, которые подразделяются на 4 группы: хроническая и временное психнческое расстройство, слабоумие, «иное» болезненное состоянне

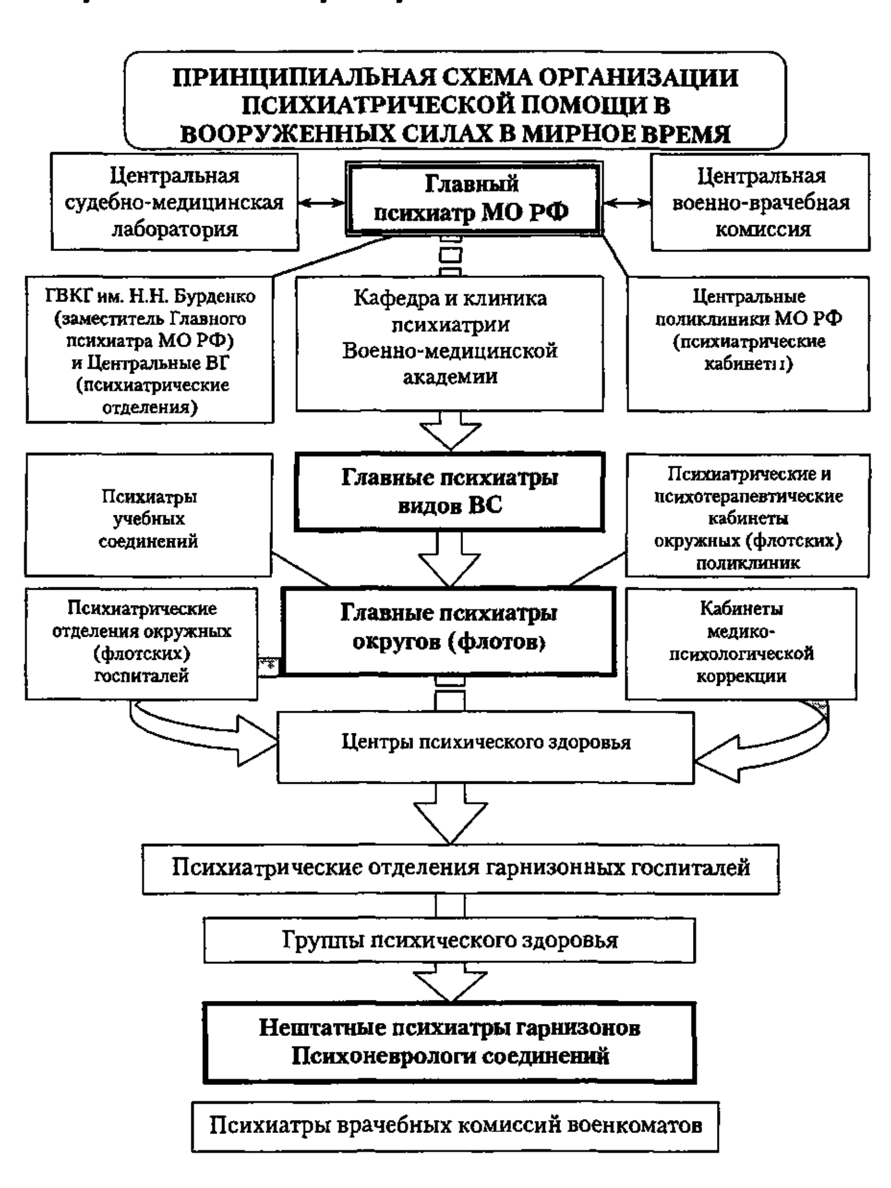
- ***Первая группа*** включает непрерывно или приступообразно протекающне психические заболевання, имеющие тенденцню к прогрессированию н приводящие к глубокнм н стойким личностным изменениям (шизофрения, старческое слабоумне, пресенильные пснхозы, прогрессивный паралич и др.)
- ***Вторая группа*** включает кратковременные психнческие заболевания, заканчивающиеся выздоровлением (алкогольные пснхозы в форме делирия, галлюциноза, параноида; нсключительные состояння; реактнвные пснхозы; симптоматические психозы, пароксизмальные расстройства)
- ***Третья группа*** объедиияет все случаи различных по этиологии состояннй стойкого снижения психической деятельности, сопровождающихся поражением интеллекта
- ***Четвертая группа*** включает состояния, ие являющнеся психическимн заболеваниями в узком смысле этого слова, но характеризующиеся теми нли иными нарушениями психической деятельностн: пснхопатни, пснхическнй инфантилнзм и некоторые случаи глухонемоты

Формула иедееспособиости

Медицинский критерий	Юридический критерий
– душевная болезнь – слабоумие	– неспособность поинмать значение свонх действнй – иеспособность руководить своими действиями

* — недееспоспособность определяется наличием обоих критериев (их совпадением)

Раздел 3. Военно-врачебная экспертиза при психических расстройствах



Военно-врачебная экспертиза

Военно-врачебная экспертиза в Вооруженных Силах проводится в мирное и военное время в целях комплектования и медицинского обеспечения Вооруженных Сил РФ в соответствии с законодательством Российской Федерации

(***Приказ Министра Обороны РФ 2003 г. № 200***)

Расписание болезней (психические расстройства)

Наименование болезней	Категория годности к военной службе			
	I графа	II графа	III графа	IV графа
1	2	3	4	5
Ст. 14 **Органические психические расстройства**				
а) *при резко выраженных стойких психических нарушениях;*	**Д**	**Д**	**Д**	**НГ**
б) при умеренно выраженных психических нарушениях;	**В**	**В**	**В**	**НГ**
в) при легких кратковременных болезненных проявлениях;	**Г**	**Г**	**Г**	**НГ**
г) при стойкой компенсации болезненных расстройств после острого заболевания головного мозга или закрытой ЧМТ	**Б-4**	**Б**	**Б**	**НГ**
Ст. 15 **Эндогенные психозы**				
а) шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства и аффективные психозы	**Д**	**Д**	**Д**	**НГ**
Ст. 16 **Симптоматические психозы и другие психические расстройства экзогенной этиологии**				
а) при резко выраженных стойких болезненных проявлениях;	**Д**	**Д**	**Д**	**НГ**
б) при умеренно выраженных, длительных или повторных, болезненных проявлениях;	**В**	**В**	**Б, В - Инд**	**НГ**
в) при умеренно или незначительно выраженном, затянувшемся астеническом состоянии;	**Г**	**Г**	**Г**	**НГ**
г) при легком и кратковременном астеническом состоянии закончившемся выздоровлением	**Б-4**	**Б**	**А**	**НГ (О/М – Инд)**

1	2	3	4	5
Ст. 17 **Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства**				
а) при резко выраженных стойких болезиенных проявлениях;	Д	Д	Д	НГ
б) при умеренно выраженных, длительных или повторных болезненных проявлениях;	В	В	В	НГ
в) при умеренно выраженных, кратковременных болезненных проявлениях;	В	В	В	НГ
г) при легких и кратковременных болезненных проявлениях, закончившихся выздоровлением	Б-4	Б	А	НГ (О/М - Инд)
Ст. 18 **Расстройства личности**				
а) резко выраженные, *со склонностью к повторным* длительным декомпенсациям нли патологическим реакциям;	Д	Д	Д	НГ
б) умеренно выраженное с неустойчивой компенсацией или компенсированные;	В	В	В	НГ
Ст. 19 **Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением исихоактивных веществ**				
а) при синдроме зависимости с выраженными, стойкими психическими нарушениями;	Д	Д	Д	НГ
б) при синдроме зависимости с умеренными или незначительными психическими нарушениями	В	В	В	НГ
Ст. 20 **Умственная отсталость**				
а) в глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности;	Д	Д	Д	НГ
б) в *легкой степени* выраженности	В	В	В	НГ

Примечания к «Раснисанию болезней...»

I графа	граждане при первоначальной постановке на воинский учет, призывс на военную службу;
II графа	военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
III графа	военнослужащне, проходящие военную службу по контракту, офицсры запаса, не проходившнс восннуго службу, при призыве их на военную службу и военные сборы;
IV графа	граждане, предназначаемые для прохождения военной службы на подводных лодках и военно-служащие проходящие службу на подводных лодках;
«А»	годен к военной службе;
«Б»	годен к военной службе с незначительными ограниченнями;
«В»	огранпченно годен к военной службе;
«Г»	временно не годен к военной службе;
«Д»	не годен к военной службе;
«НГ»	не годен к службе в виде ВС, роде войск, по отдельным военно-учетным специальностям (ВУС), не годен к поступлению в училища и военно-учебные заведення;
«Инд»	годность к военной службе, службе в виде ВС, роде войск, по отдельным ВУС, к поступлению в учнлища и военно-учебные заведения МО РФ определяется ннднвидуально;
«О/М – Инд»	Офицеры и мичманы – индивндуально

Катамнез лиц, уволенных из Вооруженных Сил (ВС) с пограничными психическими расстройствами (по А.А.Марченко, 2003)

Вид диспансерного учета	Диагноз при увольнении из ВС							
	Невротические расстройства		Личностные расстройства		Органические психические расстройства		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Диспансерный	1	2,1	6	12,5	2	10,0	9	7,8
Консультативный	5	10,4	13	27,1	4	20,0	22	19,0
Не состоят на учете	42	87,5	29	60,4	14	70	85	73,2

Структура психических расстройств в катамнезе лиц, уволенных из Вооруженных Сил с пограничной психической патологией (по А.А.Марченко, 2003)

Диагноз в катамнезе	Диагноз на момент увольнения из ВС			
	Невротические расстройства	Расстройства личности	Органические расстройства	Всего
	%	%	%	%
Органические психические расстройства (F0)	0	2,1	80,0	14,7
Расстройства вследствие злоупотребления ПАВ (F1)	6,3	2,1	0	3,4
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2)	4,2	10,4	0	6,0
Аффективные расстройства (F3)	4,2	0	0	1,7
Невротические и связанные со стрессом расстройства (F4)	16,7	6,3	0	9,5
Расстройства личности (F6)	22,9	35,4	0	24,1
Здоров (Z54)	45,8	43,6	20,0	40,5
Всего:	100	100	100	100

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Словарь основных психиатрических терминов

* ***Абстиненция*** — совокупность соматовегетативных и психических расстройств, развивающихся после прекращения приема (введения) психоактивных веществ и купируемых их повторным принятием.

* ***Абулия*** — «отсутствие» волевых побуждений, стремления к деятельности.

* ***Автоматизм психический*** — переживание отчужденности своих психических актов.

* ***Агнозия*** — утрата способности к узнаванию предметов.

* ***Агорафобия*** — страх открытых пространств.

* ***Акинезия*** — обездвиженность.

* ***Акоазмы*** — элементарные слуховые галлюцинации (шум, шипение, скрип, звон, скрежет и т.д.).

* ***Амбивалентность*** *(амбитендентность)* — сосуществование двух (и более) взаимоисключающих желаний (поступков).

* ***Амнезия*** — утрата памяти на события определенного промежутка времени.

* А. *антероградная* — утрата памяти на события, последовавших за состоянием нарушенного сознания.

А. *аффектогенная* — утрата памяти на события в период бурной эмоциональной реакции (аффекта).

* А. *конградная* — утрата памяти на события периода нарушенного сознания.

А. *мотивированная* — утрата памяти на отдельные психотравмирующие события.

* А. *перфорационная* (палимпсесты) — утрата памяти на отдельные события периода алкогольного опьянения.

* А. *прогрессирующая* — нарастающее опустошение запасов памяти.

* *А. ретроградная* – утрата памяти на события, непосредственно предшествовавшие состоянию нарушенного сознания.

А. систематизированная – утрата специализированных видов памяти (на лица, цвета, запахи, навыки).

* *А. фиксационная* – утрата памяти на текущие события.

* ***Анастрофа*** – этап бредообразования (по К. Конраду), характеризующийся переживанием того, что больной стал «центром» всех явлений, всего происходящего.

* ***Анестезия (гипостезия)*** – выпадение (ослабление) одного или нескольких видов чувствительности.

* ***Анестезия психическая*** – тягостное переживание «утраты» способности к эмоциональному реагированию.

* ***Анорексия*** – ослабление или отсутствие чувства голода:

* ***Антропофобия*** – страх толпы.

* ***Апатия*** – состояние безучастности, равнодушия, полного безразличия.

* ***Апокалипсис*** – заключительный этап бредообразования (по К. Конраду), характеризующийся полным распадом структуры личности (собственного «Я»).

* ***Апофения*** – этап бредообразования (по К. Конраду), характеризующийся появлением нового для больного смысла всего происходящего (определяет готовность к возникновению идей значения и отношения).

* ***Апраксия*** – утрата двигательных навыков.

* ***Аура*** – кратковременный пароксизм (вегетативный, сенсорный, моторный, психический), являющийся начальной стадией эпилептического припадка.

* ***Аутизм*** – погруженность в мир собственных переживаний, проявляющаяся отсутствием стремления к общению, деятельности, познанию окружающей действительности.

* ***Аутометаморфопсия*** *(«расстройство схемы тела»)* – искажение восприятия собственного тела.

* ***Афазия*** – утрата способности к произвольной речи или к ее пониманию.

* ***Аффект*** *(физиологический)* – кратковременная и сильная эмоциональная (положительная или отрицательная) реакция, сопровождающаяся выраженными соматовегетативными проявлениями.

* ***Аффект*** *(патологический)* – кратковременное психогенно обусловленное помрачение («сужение») сознания, с последующим аффективным разрядом, ретроградной и конградной амнезией.

* ***Бессвязанность мышления*** *(инкогеренция)* — нарушение грамматической и смысловой направленности речи.

* ***Брадипсихия*** — «замедление» психических процессов.

* ***Брадифазия*** — замедление речи.

* ***Бредовые идеи*** — ошибочные, некорригируемые умозаключения, формирующиеся на патологической основе и полностью определяющие мировоззрение больного:

* *Б. антагонистический («манихеский»)* — характеризуется убежденность в том, что больной находится в центре борьбы сил добра и зла (имеющей обычно глобальное значение).

* *Б. аффективный (голотимный)* — бред, формирующийся на основе первичных нарушений в эмоциональной сфере.

* *Б. величия* — бред, характеризующнйся грандиозным преувеличением своих способностей.

* *Б. воздействия* — бред, характеризующийся убеждением в наличии постороннего влияния на больного.

* *Б. вторичный* — бред, формирующийся на фоне других психических расстройств (галлюцинаций, депрессии и пр.).

* *Б. высокого происхождения* — бред, характеризующийся убежденностью больного в происхождении от лиц, заиимающих более значительное положение в обществе, чем реальные родители (*Б. иного происхождения, Б. чужих родителей*).

* *Б. индуцированный* — бред, возникающий как результат переработки бредовых идей больного (индуктора) с которым длительно соприкасается реципиент.

* *Б. инсценировки* — бред, характеризующийся убеждением больных в том, что окружающее специально подстроено, изменено, происходит по заранее составленному сценарию.

* *Б. интерметаморфозы* — бред, характеризующийся убеждением больных в перевоплощении людей, животных, предметов.

* *Б. ипохондрический* — бред, характеризующийся убеждением больных в том, что они страдают тяжелым, неизлечимым заболеванием.

* *Б. Котара* — см. нигилистический бред.

* *Б. кататимный* — систематизированый, интерпретативиый бред с чувственно окрашенными переживаииями.

* *Б. метаморфозы* — бред, характеризующийся убеждением больных в его перевоплощеиии в другого человека, животного или неодушевлеиный предмет.

* *Б. нелепый* – бред, содержание котрого грубо несоответствует действительности.

* *Б. нигилистический* – бред, характеризующийся уверенностью больных в отсутствии внутренних органов, собственной смерти, «гибели мира».

* *Б. образный (чувственный)* – вторнчный бред, формирующийся на фоне обманов восприятия.

* *Б. одержимости* – бред, характеризующийся убеждением больного во «вселении» в его тело («душу») живых существ (дьявол, ведьма н т.п.).

* *Б. отношения* – бред, характеризующийся уверенностью больного в том, что все происходящее связано с ним, имеет к нему непосредственное отношение.

* *Б. отравления* – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что его пытаются отравить (или уже отравилн).

* *Б. первичный (интерпретативный, толкования)* – систематизированный, паралогичный бред, характеризующийся преимущественным нарушением логического познания (при сохранности чувственного).

* *Б. преследования* – бред, характеризующийся убеждением больного в том, что он является объектом постоянного наблюдения, слежки.

* *Б. ревности («синдром Отелло»)* – бред, характеризующийся убеждением в неверности супруга.

* *Б. резидуальный* – бредовые идеи, сохраняющиеся в качестве моносимптома после редукции других болезненных проявлений.

* *Б. реформаторства* – бред, проявляющийся ндеями социального переустройства.

* *Б. самоуничижения* – бред, характеризующийся убеждением в собственной несостоятельности, никчемности, бездарности, виновности и т.п.

* *Б. сутяжный* – бред, характеризующийся убежденностью больного в том, что окружающие относятся к нему несправедливо, умышленно принижают его заслуги, нарушают законные права.

**Б. физического уродства (дисморфомания)* – бред, характеризующийся убеждением больных в наличии у них телесного уродства.

* *Б. эротический («любовного очарования»)* – бред, характеризующийся убеждением в том, что окружающие испытывают (но скрывают) к ним любовные чувства.

* ***Булимия*** – патологическое чувство голода.

* ***Вербигерации*** – однообразное, многократное повторение одних и тех же слов.

* ***Возбуждение психомоторное*** – двигательное возбуждение.

* *В. галлюцинаторное* – двигательное возбуждение, развивающееся под влиянием устрашающих галлюцинаций.

**В. гебефреническое* – двигательное возбуждение, проявляющееся нелепо-дурашливым поведением (гримасничанье, кривляние, немотивированный смех и т.п.).

**В. депрессивное (меланхолический раптус)* – двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаянием, мучительной, невыносимой тоской.

* *В. истерическое* – демонстративное, чрезмерно выразительное, полиморфное двигательное возбуждение (часто психогенной природы).

* *В. кататоническое* – двигательное возбуждение с преобладанием двигательных и речевых стереотипий.

**В. маниакальное* – двигательное возбуждение, проявляющееся чрезмерным стремлением к деятельности, с незаконченностью и немотивированными переходами от одного его вида к другому.

* *В. паническое (психогенное)* – хаотичное двигательное возбуждение, возникающее под влиянием психотравмирующих (жизнеопасных) обстоятельств.

* *В. эпилептическое (эпилептиформное)* – двигательное возбуждение, развивающееся на фоне дисфории или сумеречного помрачения сознания.

* *В. эретическое* – двигательное возбуждение у больных олигофренией.

* ***Галлюцинации*** – мнимое восприятия (возникающее без реального объекта):

* *Г. Боннэ (Попова)* – зрительные (слуховые) обманы восприятия, возникающие у больных со сниженным зрением (слухом).

* *Г. вербальные* – слуховые обманы восприятия (в виде отдельных слов, фраз, речи).

* *Г. гипнагогические* – зрительные (реже слуховые) обманы восприятия, возникающие при засыпании.

* *Г. гипнопомпические* – зрительные (реже слуховые) обманы восприятия, возникающие при пробуждении.

* *Г. Дюпре (воображения)* – обманы восприятия, связанные с длительно вынашиваемыми, эмоционально значимыми представлениями, идеями (созвучны последним по содержанию).

* *Г. императивные* – вербальные обманы восприятия приказывающего (реже запрещающего) характера.

* *Г. истинные* — обманы восприятия, характеризующиеся проекцией патологических образов в окружающее пространство, чувственной яркостью, отсутствием ощущения «сделанности» и влияния извне.

* *Г. комментирующие* — вербальные обманы восприятия, проявляющиеся в виде «голосов», интерпретирующих действия больных.

* *Г. ложные (псевдогаллюцинации)* — обманы восприятия, характеризующиеся проекцией патологических образов в субъективное пространство, отсутствием чувственной яркости, ощущением «сделаиности» и влияния извне.

* *Г. рефлекторные* — обманы восприятия, возникающие в одном из анализаторов при действии раздражителя на другой.

Г. Сегла — обманы восприятия, возникающие при реактивных психозах с содержанием, отражающим психотравмирующую ситуацию.

* *Г. простые* — мнимое восприятие единичных оформленных (зрительных, слуховых) образов.

* *Г. сложные (сценические)* — мнимое восприятия множественных образов (часто сюжетно связанных и последовательно вытекающих один из другого).

* *Г. сочетанные* — сосуществование разных видов галлюцинаций (зрительных, слуховых и пр.).

* *Г. функциональные* — галлюцинации сосуществующие с восприятием реального раздражителя.

* *Г. элементарные* — мнимое восприятие неоформленных образов (шум, скрип, вспышки и т.п.).

* ***Гипербулия*** — патологическое усиление побуждений.

* ***Гиперестезия*** — субъективно переживаемое усиление одного или нескольких видов чувствительности.

* ***Гиперкинезия*** — непроизвольио возникающее двигательное возбуждение.

* ***Гипертимия*** — повышенное настроение.

* ***Гипобулия*** *(понижение волевой активности)* — ослабление побуждений.

* ***Гипокинезия*** — двигательная заторможениость.

* ***Гипотимия*** — сниженное настроение.

* ***Гипсофобия*** — страх высоты.

* ***Деменция*** — приобретенное слабоумие.

* *Д. парциальная (лакунарная)* — характеризуется «неравномерностью» интеллектуального снижения с преобладанием мнестических расстройств (при сохранении «ядра личности»).

* *Д. психогенная (псевдодеменция)* – см. синдром псевдодеменции.

* *Д. психопатическая* – характеризуется неспособностью к коррекции своего поведения, при формально сохраненном интеллекте.

* *Д. сенильная* – органическое (атрофическое) заболевание головного мозга с прогрессирующим распадом психической деятельности, развивающимся в старческом возрасте.

* *Д. сосудистая («синдром Бинсвангера», постинсультная)* – характеризуется грубыми мнестическими расстройствами и сопутствующими неврологическими нарушениями.

* *Д. тотальная* – характеризуется резко выраженным интеллектуально-мнестическим снижением (с распадом «ядра личности»).

* *Д. шизофреническая (апатически-диссоциативная)* – определяется аспонтанностью больных (при сохранности словарного запаса, профессиональных навыков и знаний).

* *Д. эпилептическая («концентрическая»)* – характеризуется инертностью и ригидностью психических процессов, обеднением словарного запаса (олигофазией).

* ***Деперсонализация*** – расстройство самосознания, проявляющееся переживанием измененности собственных психических процессов.

* ***Дереализация*** *(аллопсихическая деперсонализация)* – расстройство самосознания, проявляющееся переживанием измененности восприятия окружающего мира.

* ***Дефектные состояния*** – стойкие психопатологические изменения, возникающие вследствие перенесенных психических заболеваний.

* ***Дисмегалопсия*** – разновидность метоморфопсии, проявляющаяся в восприятии окружающих предметов удлиненными, расширенными или перекрученными вокруг оси.

* ***Дисмнезия*** – расстройства памяти.

* ***Дистимия*** – снижение настроения, сочетающееся с раздражительностью.

* ***Дисфория*** – выраженное снижение настроения, сочетающееся со злобно-агрессивным аффектом.

* ***Закупорка мышления*** *(шперрунг)* – обрыв («блокада») мысли.

* ***Замедление мышления*** – уменьшение количества ассоциаций в единицу времени.

* ***Иллюзия*** – ошибочное восприятие объекта:

* *И. аффективные* – возникают на фоне страха, тревоги.

* *И. вербальные* – слуховые иллюзии.

* *И. парейдолические* – возникают на фоне сниженного тонуса сознания.

* *И. физиологические* — обманы восприятия, обусловленные физиологическими или физическими факторами.

* ***Импульсивные явления*** — внезапно и неотвратимо (без «борьбы мотивов») реализуемые действия или влечения.

* ***Клаустрофобия*** — боязнь закрытых помещений.

* ***Криптомнезии*** — стирание грани между реально имевшими место событиями и событиями, о которых больной услышал, прочитал или увидел.

* *К. ассоциированные* — расстройства памяти при которых прочитанное, услышанное или увиденное расценивается как происходившее с больным.

* *К. отчужденные* — расстройства памяти при которых события реально имевшие место с больным расцениваются как события о которых он услышал, прочитал или увидел.

* ***Конфабуляции*** — ложные воспоминания.

* *К. замещающие* — замещение пробелов памяти вымыслами обыденного, правдоподобного содержания.

* *К. фантастические* — замещение пробелов памяти вымыслами неправдоподобного (приключенческого, фантастического) содержания.

* ***Конфабулез*** — психопатологический синдром, проявляющийся наплывом фантастических кофабуляций (без помрачения сознания) и нарушениями ориентировки.

* ***Конфабуляторная спутанность*** — синдром, проявляющийся обильными конфабуляциями, сопровождающихся ложным узнаванием окружающей обстановки и лиц, бессвязностью мышления и растерянностью.

* ***Макропсия*** — разновидность метоморфопсии, проявляющаяся в пропорционально увеличенном восприятии окружающих предметов.

* ***Ментизм*** — непроизвольно возникающий поток мыслей или воспоминаний.

* ***Метаморфопсия*** — искаженное восприятие окружающего мира

* ***Мизофобия*** — боязнь загрязнения.

* ***Микропсия*** — разновидность метоморфопсии, проявляющаяся в пропорционально уменьшенном восприятии окружающих предметов.

* ***Мимоговорение, миморечь*** — несоответствие ответов (по смыслу) задаваемым вопросам.

* ***Монофобия*** — страх одиночества.

* ***Мория*** — повышенное настроение, сочетающееся с дурашливостью, гримасничаньем, грубо неадекватным поведением.

* ***Мутизм*** – неспособность к речевому общению (при сохранности «речевого аппарата»).

* ***Настроение*** – устойчивое эмоциональное состояние.

* ***Навязчивые идеи (обсессии)*** – непроизвольно возникающие, не адекватные ситуации переживания, доминирующие в сознании больного, к которым сохраняется критическое отношение (сопровождаются «борьбой мотивов»).

* *Н. влечения (мании)* – обсессии, проявляющиеся стремлением к совершению бессмысленных, иногда опасных, поступков.

* *Н. воспоминания* – обсессии, проявляющиеся наплывом образных, детальных воспоминаний (как правило, о неприятном для больного событии).

* *Н. действия* – обсессии, проявляющиеся выполнением бессмысленных, часто нелепых, поступков.

* *Н. контрастные* – обсессии, содержание которых противоречит взглядам и устаиовкам больного (как правило, развиваются в обстановке, исключающей возможность их выполнения).

* *Н. (бесплодное) мудрствование* – обсессии, проявляющиеся доминированием в сознании не имеющих отношения к ситуации, часто бессмысленных, идей.

* *Н. образные* – аффективно насыщенные обсессии.

* *Н. опасения (сомнения)* – обсессии, проявляющиеся переживаниями в удачном исходе привычных действий.

* *Н. отвлеченные* – обсессии, не сопровождающиеся выраженным аффективным напряжением.

* *Н. страхи* – см. фобии.

* *Н. счет* – обсессии, характеризующиеся непреодолимым стремлением производить бессмысленные и ненужные счетные операции.

* ***Нарушение восприятия времени*** – ощущение изменения скорости и плавиости течения времени.

* ***Негативизм*** – немотивированное противодействие любому воздействию извне.

* ***Нозофобия*** – навязчивый страх тяжелого заболевания.

* ***Обстоятельность мышления*** – «застревание» на несущественных деталях, вследствие неспособиости отделения главного от второстепенного.

* ***Оксифобия*** – боязнь острых предметов.

* ***Ориентировка аллопсихическая*** – ориентировка во времени и месте.

* ***Ориентировка аутопсихическая*** — ориентировка в собственной личности.

* ***Паралогическое мышление*** — болезненные, не адекватные действительности и обстоятельствам суждения и умозаключения о реальных фактах.

* ***Парамимия*** — несоответствие мимики больного его поступкам и переживаниям.

* ***Паратимия (неадекватный аффект)*** — качественно неадекватное причине эмоциональное реагирование.

* ***Парестезии*** — разнообразные трудноформализируемые неприятные тактильные ощущения.

* ***Патологическая гипосексуальность (гиперсексуальность)*** — болезненно обусловленное понижение (повышение) полового влечения.

* ***Перверсии*** — половые извращения:

* *П. истинные* — разновидность перверсии, при которой достижение полового удовлетворения возможно только извращенным способом.

* *П. ложные (псевдоперверсии)* — разновидность перверсии, при которой половое удовлетворение достигается извращенным способом вследствие наличия объективных препятствий для нормальной половой жизни.

* ***Полидипсия*** — неутолимая жажда.

* ***Полифагия*** — поедание несъедобных веществ.

* ***Порропсия*** - разновидность метоморфопсии, проявляющаяся в измененном восприятии «структуры» окружающего пространства.

* ***Псевдореминисценции*** — качественное нарушение памяти, проявляющееся в «переносе» реально имевших место событий во времени.

* ***Психические автоматизмы*** — пережнванне отчуждения своих психических актов (идеаторных, сенсорных, моторных).

* ***Разноплановость мышления*** — одновременная оценка событий или явлений с двух (и более) взаимоисключающих позиций.

* ***Разорванность мышления*** — утрата смысловой направленности речи при сохранности ее грамматического строя.

* ***Растерянность*** — аффект «недоумения» (непонимания происходящего) на фоне тревоги.

* ***Резонерство*** — утрата целенаправленности мышления.

* ***Ритуалы*** — навязчивые действия, сочетающиеся с фобиями и имеющие значение защиты от них.

* ***Сверхценные идеи*** — аффективно окрашенные, доминирующие (не соответствующее нх значимости) суждения, сформировавшиеся вследствие реальных событий (не сопровождаются «борьбой мотивов»).

* ***Сенестезии*** – субъективное ощущение разнообразных двигательных расстройств.

* ***Сенестопатии*** – трудно формализуемые полиморфные, крайне тягостные ощущения неопределенной локализации без типичной соматоневрологической проекции.

* ***Символическое мышление*** – абстрактное, не связанное с действительностью мышление, отражающее аутистический мир больного.

* ***Синдром*** – типичная совокупность патогенетически родственных симптомов.

* *С. аментивный («инкогерентное» помрачение сознания)* – синдром помрачения сознания, характеризующийся глубокой дезориентировкой, бессвязностью мышления, аффектом недоумения, двигательными стереотипиями (по типу яктации) и последующей полной амнезией.

* *С. амнестический (Корсаковский синдром)* – расстройство, проявляющееся ранообразными мнестическими нарушениями (фиксационная, ретро- и антероградная амнезии, конфабуляции) на фоне эйфории.

* *С. астенический* – невротический синдром, проявляющийся повышенной психической и физической истощаемостью, различными висцеро-вегетативными расстройствами и нарушениями сна.

* *С. галлюциноза* – патологическое состояние, клиническая картина которого, практически, полностью исчерпывается наличием истинных галлюцинаций.

– *острый галлюциноз* – разновидность галлюциноза, характеризующаяся аффектом растерянности, тревоги, с чувственно яркими галлюцинаторными переживаниями и двигательным возбуждением.

– *хронический галлюциноз* – разновидность галлюциноза, характеризующаяся монотонностью аффекта и однообразием галлюцинаций.

* *С. галлюцинаторно-параноидный* – расстройство, характеризующееся преобладанием псевдогаллюцинаций на фоне бредовых идей (преследования, воздействия) и других психических автоматизмов.

* *С. Ганзера* – вариант психогенного сумеречного помрачения сознания, характеризующийся явлениями «мимоответов» и «мимодействий».

* *С. гебефренический* – характеризуется манерно-дурашливыми формами поведения, безмотивными действиями и непродуктивной эйфорией («триада О.В. Кербикова»).

* *С. делириозный («галлюцинаторное» помрачение сознания)* – форма помрачения сознания, характеризующаяся расстройствами аллопсихической ориентировки и обилием фрагментарных истинных галлюцинаций (иллюзий).

* *С. депрессивный* — вариант аффективного синдрома, характеризующийся снижением настроения, двигательной заторможенностью и замедлением мышления («депрессивная триада»).

* *С. ипохондрический* — расстройство, характеризующееся необоснованным беспокойством больного за состояние своего здоровья.

* *С. истерический* — невротический синдром, характеризующийся наличием конверсионных и (или) диссоциативных расстройств на фоне специфнческих особенностей личности.

* *С. Капгра* — расстройство, проявляющееся нарушением узнавания, идентификации людей.

* *С. кататонический* — расстройство, характеризующееся сочетанием выраженных двигательных нарушений (в форме гипо-, гипер- и паракинезий), с разнообразными пснхопатологическими проявлениями.

* — *люцидная кататония* — кататонический синдром без онейроидного помрачения сознания.

* — *онейроидная кататония* — кататонический синдром, сочетающийся с онейроидным помрачением сознания.

* *С. Котара* — парафренный ипохондрический бред.

* *С. «лобный»* — расстройство, характеризующееся преобладанием аффективных нарушений на фоне интеллектуально-мнестического снижения, аспонтанности или расторможенности.

* *С. маниакальный* — аффективный синдром, характеризующийся повышенным настроением, двигательной расторможенностью и ускорением мышления («маниакальная триада»).

* *С. обсессивный* — невротический синдром, проявляющийся разнообразымн навязчнвостями (часто в сочетании с ритуалами) на фоне психастенических личностных особенностей.

* *С. онейроидный («сновидное» помрачение сознания)* — форма помрачения сознания, характеризующаяся ауто- и аллопсихической дезориентировкой, наплывом псевдогаллюцинаций фантастического содержания.

* *С. параноидный* — расстройство, характеризующееся преобладанием первичного бреда преследования и (или) воздействня на фоне псевдогаллюцинаций и других психических автоматизмов.

* *С. паранойяльный* — расстройство, клиническая картина которого, практически, полностью исчерпывается первичным (интерпретативным) бредом.

— *острый вариант* — разновидность паранойяльного синдрома, при которой бред возникает как «озарение» и формируется на фоне выраженного аффективного напряжения (тревоги).

— *хронический вариант* — разновидность паранойяльного синдрома с прогредиентным развитием бреда.

* *С. парафренный* — расстройство, проявляющееся нелепым бредом (преследования, воздействня, величия), разнообразными явлениями психического автоматизма, фантастическими конфабуляциями и эйфорией.

* *С. псевдодеменции* — разновидность психогенного (истерического) сумеречного помрачения сознания, проявляющаяся утратой элементарных знаний и навыков.

* *С. психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)* — расстройство, характеризующееся разнообразными психическими автоматизмами в сочетании с бредовыми идеями (преследования, воздействия) и псевдогаллюцинациями.

* *С. психоорганический* — расстройство, характеризующееся выраженным интеллектуальным снижением, недержанием аффекта и мнестическими нарушениями («триада Вальтер-Бюэля»):

— *апатический вариант* — разновиднсть синдрома с преобладанием явлений аспонтанности, сужения круга интересов, безразличия.

— *астенический вариант* — разновидность синдрома с преобладанием явлений психической и физической истощаемости.

— *локальный (диффузный) вариант* — разновидности синдрома, отличающиеся выраженностью расстройств и степенью сохранности «ядра личности».

— *острый (хронический) вариант* — разновидности синдрома, отличающиеся остротой развития и длительностью течения.

— *эйфорический вариант* — разновидность синдрома с преобладанием явлений благодушия, расторможенности влечений и резкого снижения критики.

— *эксплозивный вариант* — разновидность синдрома с преобладанием психопатоподобных расстройств (крайней раздражительности, брутальности).

* *С. сумеречного («концентрического») помрачения сознания* — форма помрачения сознания, характеризующаяся пароксизмальностью возникновения, автоматизмом действий, глубокой дезориентировкой и последующей полной амнезией.

* *С. пуэрилизма* — разновидность психогенного (истерического) сумеречного помрачения сознания, проявляющаяся «детскостью» поведения, речи, мимики.

* *С. эпилептиформный* – пароксизмальные (судорожные и бессудорожные) расстройства, развивающиеся при экзогенно или эндогенно-органическом поражении головного мозга.

* ***Синестезии*** – расстройство, проявляющееся «наслоением» ощущений в разных анализаторах («окрашенный звук», «теплая музыка» и т.д.).

* ***Стереотипии*** – многократное автоматическое повторение одних и тех же психических актов (двигательных, речевых, мыслительных).

* ***Страх*** – выраженная немотивированная тревога.

* ***Ступор*** – состояние двигательной заторможенности:

* *С. апатический* – разновидность ступора, характеризующаяся абсолютной безучастностью к происходящему.

* *С. галлюцинаторный* – разновидность ступора, развивающаяся под влиянием императивных галлюцинаций.

* *С. депрессивный (мрачное оцепенение)* – разновидность ступора, развивающаяся на высоте депрессии.

* *С. истерический* – разновидность ступора, развивающаяся в ответ на психотравмирующее воздействие (как правило, при наличии «аудитории»).

* *С. кататонический* – разновидность ступора с явлениями мышечного гипертонуса и отказом от речи (мутизмом).

* *С. психогенный (аффектогенный)* – разновидность ступора, развивающаяся в жизнеопасных ситуациях и сопровождающаяся аффектом страха.

* ***Танатофобия*** – страх смерти.

* ***Тревога*** – немотивированное беспокойство.

* ***Трема*** – начальный этап бредообразования (по К. Конраду), характеризующийся нарастающим чувством напряженности, тревоги, угрозы жизни больному.

* ***Тугоподвижность (обстоятельность, вязкость) мышления*** – инертность ассоциативного процесса.

* ***Ускорение процесса мышления (тахифрения)*** – увеличение количества ассоциаций, возникающих в единицу времени.

* ***Фобии*** – навязчивые страхи.

* ***Фобофобия*** – навязчивое опасение возникновения новых фобий.

* ***Фонемы*** – элементарные речевые галлюцинации.

* ***Фотопсии (фосфены)*** – элементарные зрительные галлюцинации.

* ***Эйфория*** – повышенное настроение, сочетающееся с беспечной радостью, благодушием.

* ***Экстаз*** – крайняя степень экзальтированно-восторженного настроения.

* ***Эмоциональная лабильность (неустойчивость)*** — легкая изменчивость поверхностных, неглубоких эмоциональных проявлений.

* ***Эмоциональная монотонность*** — отсутствие адекватных (суточных, ситуационных) колебаний настроения.

* ***Эмоциональное оскудение*** — утрата способности к тонким и адекватным происходящему эмоциональным реакциям.

* ***Эмоциональная парадоксальность*** — ослабление адекватных происходящему эмоциональных реакций в сочетании с их оживлением на незначительные (случайные) обстоятельства.

* ***Эмоциональная слабость (слабодушие)*** – резко выраженная эмоциональная лабильность.

* ***Эмоциональная холодность (тупость)*** — утрата «эмоционального отклика» (способности к сопереживанию).

* ***Эхолалия*** — автоматическое повторение услышанных слов.

* ***Эхопраксия*** — автоматическое повторение увиденных жестов, поз, действий.

* ***Яктация*** — двигательное возбуждение «в пределах постели».

Приложение 2

Краткий словарь психоаналитических термииов

Абстиненция — выраженность состояния фрустрации *в процессе* психоаналитической терапии.

Агглютинация образов — слияние нескольких образов в один (в сновидениях, болезненных переживаниях).

Агрессивность — форма инстинктивного поведения, проявляющаяся желанием причинить *кому-либо* ущерб.

Актинг аут — отреагирование *в действиях* подавляемых тягостных переживаний.

Амбиверсия — сбалансированность двух противоположных тенденций, личностных установок, экстра- и интроверсии.

Анализ — синоним психоанализа (в зависимости от техники проведения выделяют: «активный», пассивный, трансактивный, обучающий, фракционный и др. виды).

Аналитик — психотерапевт, пользующийся психоаналитической техникой.

Ананке — «запреты» окружающего мира, мешающие удовлетворению инстинктивных влечений индивида (по З. Фрейду).

Апатия — форма психологической защиты, характеризующаяся «отключением эмоций».

Аутизм — феномен подчиненности познавательных процессов внутренним желаииям и тенденциям индивида.

Аффект — термин, характеризующий любые проявления эмоций и чувств.

Бегство в болезнь — форма преодоления «комплекса неполноценности» путем «развития» болезненных симптомов.

Бисексуальность — сосуществование мужских и женских сексуальных побуждений.

Блок аффекта — неспособность проявлять эмоции, адекватные ситуации.

Влечения — инстинктивные побуждения.

Внутренняя блокада — специфические субъективные ощущения индивида при невозможности самореализации (по Э. Фромму).

Вторичная переработка – искажение содержания сновидения в процессе его осмысления и воспроизведения.

Вытеснение (подавление, репрессия) – форма психологической защиты, характеризующаяся устранением из сознания представлений, несовместимых с установками личности.

Деструктивность – форма неосознаваемого «саморазрушительного» поведения человека.

Динамизмы – типичные шаблоны в поведении человека (по Х. Сэливену).

Дополнительные ряды – последовательно развертывающиеся во времени переживания, формирующие невроз.

Защитные механизмы – бессознательные психические процессы, компенсирующие тревогу («эмоциональный конфликт»).

Игры – «ролевые» формы человеческих взаимоотношений (по Э. Берну).

Идеал-Я (Сверх-Я) – «высшая психическая инстанция», контролирующая социальное поведение индивида.

Идентификация – форма психологической защиты, характеризующаяся отождетвлением собственных личностных особенностей с таковыми у других лиц.

Индивидуация – процесс образования, обособления и развития индивидуальных психологических свойств и качеств, делающих человека неповторимым.

Интеллектуализация – форма психологической защиты, проявляющаяся в абстрагировании от психотравмирующих переживаний.

Интернолизация – форма психологической защиты (противоположная экстериолизации), при которой непреодолимые препятствия отвергаются как «нежеланные» (по К. Хорни).

Интроверсия – тип личности, характеризующийся интроспекцией, склонностью к рефлексии (по К. Юнгу).

Интуиция – неформолизуемые знания, основанные на опыте.

Катарсис (абреакция) – эмоциональное отреагирование ранее подавляемых тягостных переживаний.

Комплекс – совокупность представлений (сознательных и бессознательных), оказывающих влияние на поведение человека. (Эдипов комплекс и др.).

Конверсия – форма психологической защиты, проявляющаяся в соматизации психопатологических проявлений.

Контрперенесение — «перенесение» в процессе терапии отношения врача к пациенту (и наоборот).

Копинг-механизмы (копинг-поведение) — осознанные действия, направленные на адаптацию, путем активного изменения своего поведения в конфликтной ситуации.

Либидо — совокупность «жизнеутверждающих» инстинктов (в узком смысле слова — половое влечение).

Личность — синоним понятия «характер».

Мазохизм (садизм) — удовлетворение от собственной (*чужой*) боли.

Мезоморфы (эктоморфы, эндоморфы) — психолого-антропометрические типы личности.

Невроз — заболевание, характеризующееся «расходованием энергии» на неадекватные цели.

— *неврозы актуальные* — неврозы, обусловленные «актуальной» жизнью (по З. Фрейду).

— *психоневрозы* — неврозы, причины которых обусловлены «прошлой» жизнью (по З. Фрейду).

Образ — представление человека о самом себе и окружающем.

Объект — предмет, используемый для снятия эмоционального напряжения в процессе психотерапии.

Отреагирование — адекватное осознание ранее «вытесненной» психотравмирующей ситуации.

Перцептивная защита — форма психологической защиты, проявляющаяся в бессознательном «затруднении» восприятия психотравмирующей информации.

Подсознательное — термин, объединяющий *предсознательное* (факты, которые могут быть осознаны) и *бессознательное*.

Представление — форма «психического образа» (сознательного или подсознательного).

Привязанность — комплекс положительных чувств, исключающий сексуальность.

Проекция — форма психологической защиты, проявляющаяся переносом эмоционально значимых переживаний вовне.

Психодинамика — одна из психоаналитических теорий, описывающих человеческое поведение и мотивацию.

Психологическая аутопсия — посмертная оценка поведения человека, обусловившего суицид.

Рационализация – форма психологической защиты, проявляющаяся стремлением к «разумному» объяснению собственных неправильных или бессознательных действий.

Реверсия – «обращение» инстинкта в противоположный по знаку.

Регрессия – «возвращение» к более инфантильному реагированию.

Свободный страх – немотивированная тревога.

Сгущение – один из бессознательных психических процессов, определяющий возникновение сна.

Символизация – один из бессознательных психических процессов, определяющие «искажение сновидений».

Сублимация – форма психологической защиты, при которой инстинктивные влечения, неприемлимые для сознания, направляются на социально- и личностно допустимые цели.

Субституция – форма психологической защиты, при которой недостижимые и (или) неприемлимые цели заменяются реальными.

Супрессия – сознательный контроль над неприемлимыми побуждениями.

Тип реакции – варианты реагирования на состояние фрустрации:

– *импунитивный* (*примирительный*) – тип реакции, характеризующийся «обесцениванием» конфликтной ситуации и конструктивным поиском выхода из нее;

– *интропунитивный* (*самообвиняющий*) тип реакции, характеризующийся обвинением в конфликтной ситуации исключительно себя, с игнорированием объективных, внешних обстоятельств;

– *необходимостно-упорствующий* – тип реакции, при котором неосуществленное желание приобретает сверхценное значение для индивида;

– *препятственно-доминантный* – тип реакции, при котором сама борьба за какую-либо цель имеет большее значение, чем ее достижение.

– *экстрапунитивный* (*внешнеобвиняющий*) – тип реакции, характеризующийся игнорированием собственной роли в конфликтной ситуации и обвинением в ней других лиц или внешние обстоятельства.

Удовлетворение – мысль (действие), снимающая эмоциональное напряжение.

Фрустрация – состояние психологического напряжения, возникающее в конфликтной ситуации.

Эго (Ид) – понятие, характеризующее «разумную» («инстинктивную») деятельность.

Эго-анализ – направление в психоанализе, рассматривающее защитные психологические механизмы.

Экстернолизация — форма психологической защиты (противоположная интериолизации), при которой непреодолимые препятствия осознаются как «вынужденные», обусловленные внешними факторами (по К. Хорни).

Экстраверсия — тип личности, при котором «психологическая установка» обращена вовне (по К. Юнгу).

Приложение 3

Основные психофармакологические препараты

НЕЙРОЛЕПТИКИ – препараты, оказывающие *антипсихотическое* (устраняют бред, галлюцинации) *и седативное* (уменьшают чувство тревоги, беспокойства) действие.

По химической структуре нейролептики подразделяют на:
— производные фенотиазина
— производные бутирофенона и дифенилбутилпиперидина
— производные тиоксантена
— производные индола
— нейролептики из других химических групп

А. Производные фенотиазина

Аминазин *(Aminazinum)* — нейролептик с выраженным общеседативным эффектом. Используется для купирования психомоторного возбуждения, острых бредовых и маниакальных состояний, выраженной тревоги. Возможные *побочные явления*: ортостатический коллапс, экстрапирамидные нарушения, расстройства сна, повышение свертываемости крови, лейкопения. *Форма выпуска*: драже по 0, 025, 0, 05 и 0, 1; ампулы по 1, 2, 5 и 10 мл 2, 5% раствора. Синонимы: *хлорпромазин*.

Мажептил *(Majeptil)* - нейролептик с относительно слабым седативным, но мощным антипсихотическим действием. Используется при лечении шизофрении (в особенности, кататонической формы) и других острых и хронических психозов. Возможные *побочные явления*: те же, что и у трифтазина. *Форма выпуска*: таблетки по 0,001 и 0,01; ампулы по 1 мл 1% раствора.

Неулептил *(Neuleptil)* — нейролептик, сочетающий антипсихотическое действие с седативным («корректор поведения»). Используется при лечении психопатоподобных состояний различной этиологии. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные нарушения, аллергические реакции. *Форма выпуска*: капсулы по 0,01; флаконы 4% раствора (1 капля содержит 1 мг препарата).

Пипортил l4 *(Piportil L4)* — пролонгированный нейролептик с антипсихотическим действием (ослабляет седативный эффект). Используется при лечении шизофрении, хронических психозов (с преобладанием галлюцинаторных проявлений). *Противопоказания:* закрытоугольная глаукома, нарушение функции мочек (может быть задержка мочи). *Форма выпуска*: таблетки по 10 мг; капли — 30 мл 4% раствора; ампулы по 1 мл (25 мг) и 4 мл (100 мг).

Пропазин *(Propazinum)* — нейролептик, близкий по своему действию к аминазину, но менее токсичен и уступает по силе антипсихотического и седативного эффектов. Показания те же, что и у аминазина, но при более легких расстройствах (в том числе, у ослабленных больных, детей и лиц пожилого возраста). Возможные *побочные явления*: те же, что и у аминазина. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 и 0,05; ампулы по 2 мл 2,5% раствора.

Сонапакс *(Sonapax)* — нейролептик, с мягким антипсихотическим действием и умеренным стимулирующим, тимолептическим и антидепрессивным эффектами. Используется при лечении острой и подострой шизофрении, органических психозах, неврозах и других состояниях. *Противопоказан* при коматозных состояниях, аллергических заболеваниях, глаукоме. *Форма выпуска*: драже по 0,01 и 0,025. Синонимы: *тиоридазин*, *меллерил.*

Терален *(Teralen)* — нейролептик, с выраженным седативным и умеренным антипсихотическим действием. Показан при нейровегетативных и психосоматических расстройствах (в том числе, у детей и лиц пожилого возраста). *Противопоказан* при тяжелых заболеваниях печени и почек. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005; ампулы по 5 мл 0,5% раствора; капли — 4% раствор.

Тизерцин *(Tisercin)* — нейролептик, с выраженным и быстрым общеседативным и слабым антидепрессивным эффектом. Используется при психомоторном возбуждении, ажитированных депрессиях, депрессивно-параноидных состояниях. Возможные *побочные явления*: те же, что и при лечении аминазином. *Форма выпуска*: драже по 0,025; ампулы по 1 мл 2,5% раствора. Синонимы: *левомепромазин.*

Трифтазин *(Triphthazinum)* — один из наиболее активных нейролептиков, с выраженным антипсихотическим и умеренным стимулирующим действием. Используется при лечении шизофрении и других психозов (в том числе, алкогольных), протекающих с бредом и галлюцинациями. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные расстройства, вегетативные нарушения, агранулоцитоз, аллергические реакции. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, декомпенсации сердечной дея-

тельности, беременности. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005 и 0,01; ампулы по 1 мл 0,2% раствора. Синонимы: *трифлуоперазин, стелазин.*

***Френолон** (Phrenolon)* — нейролептик, с психостимулирующим и умеренно выраженным антипсихотическим действием. Показан при шизофрении с психомоторной заторможенностью и апатоабулическими расстройствами, а также неврозах (в малых дозах) и неврозоподобных состояниях. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* — те же, что и у трифтазина. *Форма выпуска*: таблетки (драже) по 0, 005; ампулы по 1 мл 0,5% раствора.

***Фторфеназин** (Phthorphenazinum)* — нейролептик, с выраженным антипсихотическим действием в сочетании с активирующим и, при высоких дозах, общеседативным эффектом. Используется при лечении шизофрении и других психозов. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные расстройства, аллергические реакции, иногда — судорожные проявления. *Противопоказан* при заболеваниях печени, кроветворных органов, декомпенсации сердечной деятельности, беременности. *Форма выпуска*: ампулы по 1 и 2 мл 2,5% масляного раствора. Синонимы: *флуфеназин, лиородин, модитен.*

***Этаперазин** (Aethaperazinum)* — нейролептик, с более активным, чем у аминазина, антипсихотическим, миорелаксантным и противорвотным действием (другие эффекты выражены слабее). Используют при шизофрении (особенно, с апатоабулическими расстройствами), других психозах, психопатии, неукротимой рвоте (в том числе, у беременных), икоте. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные расстройства, аллергические и сосудистые реакции. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, кроветворных органов, эндокардитах. *Форма выпуска*: таблетки по 0,01 и 0,004.

Б. Производные бутирофенона и дифенилбутилпиперидина

Галоперидол — нейролептик с выраженным антипсихотическим, умеренным седативным и противорвотным действием. Используется при лечении различных психических заболеваний с явлениями галлюцинаций, бреда, агрессивности, а также неукротимой рвоте. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные расстройства, бессоница (при передозировке). *Противопоказан* при органических заболеваниях головного мозга, нарушении сердечного ритма, заболеваниях почек. *Форма выпуска*: таблетки по 0,0015 и 0,005; ампулы по 1 мл 0,5% раствора; флаконы по 10 мл 0,2% раствора.

Дроперидол *(Droperidolum)* — нейролептик, отличающийся сильным, быстрым, но непродолжительным действием. Используется в анестезиологической практике и для купирования реактивных состояний. Возможные *побочные явления*: экстрапирамидные расстройства, депрессия с преобладанием чувства страха, гипотония (при передозировке). *Противопоказан* при паркинсонизме, гипотонии. *Форма выпуска*: ампулы по 10 мл 0,25% раствора.

Пимозид *(Pimozidum)* — близок к галоперидолу, но с более продолжительным действием. Используется в амбулаторной практике для поддерживающей терапии. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у галоперидола (нельзя назначать беременным). *Форма выпуска*: таблетки по 0,001.

Семап *(Semap)* — аналогичен пимозиду, но с еще более пролонгированным действием. Используется в амбулаторной практике для поддерживающей терапии у больных малопрогредиентной и вялотекущей шизофренией. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у галоперидола (нельзя назначать беременным). *Форма выпуска*: таблетки по 0,02.

Триседил *(Trisedyl)* — нейролептик с выраженным антипсихотическим эффектом, оказывает противосудорожное действие. Используется при купировании психомоторного возбуждения, острых маниакальных и галлюцинаторно-бредовых состояний, ажитированной депрессии. Возможные *побочные явления* и *противопоказания те же, что и у дроперидола*. *Форма выпуска*: таблетки по 0, 0005; ампулы по 1 мл 0,25% раствора; флаконы по 10 мл 0,1% раствора. Синонимы: *трифлуперидол*

Флуспирилен *(Fluspirilenum)* — близок к галоперидолу, но со значительно более продолжительным (в течение недели) действием. Используется в амбулаторной практике для поддерживающей терапии. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у галоперидола. *Форма выпуска*: ампулы по 2 мл (в 1 мл суспензии содержится 0,002 г препарата).

В. Производные тиоксантена, индола и нейролептики из других химических групп

Азалептин *(Asaleptinum)* — нейролептик, обладающий сильным антипсихотическим и умеренным седативным действием. Не вызывает экстрапирамидных расстройств. Используется при лечении различных

форм шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, купировании психомоторного возбуждения. Возможные побочные явления: мышечная слабость, сонливость, ортостатическая гипокинезия. Противопоказан при тяжелых заболеваниях печени, почек, кроветворных органов, сердечно-сосудистой системы, острых алкогольных и интоксикационных психозах, эпилепсии, глаукоме, беременности. Форма выпуска: таблетки по 0,025 и 0,1; ампулы по 2 мл 2,5% раствора. Синонимы: лепонекс, клозапин.

Карбидин *(Carbidinum)* — нейролептик, сочетающий антипсихотический и антидепрессивный эффекты. Используется при лечении различных форм шизофрении, алкогольных психозов, абстинентных состояний. Возможные ***побочные явления***: экстрапирамидные расстройства. ***Противопоказан*** при заболеваниях печени. ***Форма выпуска***: таблетки по 0,025; ампулы по 2 мл 1,25% раствора.

Оланзепин (*зипрекса*) — нейролептик с широким спектром действия. Показан для лечения обострений, поддерживающей и длительной противорецидивный терапии больных шизофренией и другими психотическими расстройствами с продуктивной и/или негативной симптоматикой. Терапевтическая доза — от 5 до 20 мг/сут. Форма выпуска: таблетки по 2,5; 5; 7,5 и 10 мг.

Рисполепт *(Rispolept)* — атипичный нейролептик, производное бензизоксазола. Используется для лечения различных форм шизофрении. Оказывает терапевтический эффект в отношении как продуктивных, так и негативных симптомов, а также для профилактики рецидивов и в фармакорезистентных случаях. Возможные ***побочные явления***: бессонница, тревога, тошнота, запоры, редко — экстрапирамидные расстройства. ***Противопоказан*** при повышенной чувствительности к препарату. ***Форма выпуска***: таблетки по 0,001, 0,002, 0,003 и 0,004 г; флаконы по 30 и 100 мл.

Хлорпротиксен *(Chlorprothixen)* — нейролептик, обладающий антипсихотическим, седативным, антидепрессивным и противорвотным действием. Потенцирует действие снотворных и анльгетиков. Используется при лечении различных психозов, невротических и неврозоподобных состояний с явлениями тревоги, страха, агрессивности. Возможные ***побочные явления***: гипотония, тахикардия, редко — экстрапирамидные расстройства. ***Противопоказан*** при паркинсонизме, отравлении алкоголем и барбитуратами, эпилепсии. ***Форма выпуска***: таблетки (драже) по 0,015 и 0,05. Синонимы: *труксал*

Эглонил *(Eglonyl)* — нейролептик, обладающий умеренным антипсихотическим, вегетропным, стимулирующим, тимолептическим и

противорвотным действием. Не вызывает привыкания. Используется при лечении различных психических заболеваний с явлениями апатии (в том числе, у детей и лиц пожилого возраста). Возможные *побочные явления*: расстройства сна, возбуждение, повышение артериального давления. *Противопоказан* при явлениях паркинсонизма, эпилепсии. *Форма выпуска*: капсулы по 0,05; ампулы по 2 мл 5% раствора; флаконы по 200 мл 0,5% раствора (0,025 г в чайной ложке). Синонимы: *сульпирид*.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ – препараты, устраняющие проявления депрессии

По химической структуре антидепрессанты подразделяют на:
— трициклические
— четырехциклические
— производные гидразина – ингибиторы МАО
— средства из разных химических групп

А. Трициклические антидеирессанты

Азафен *(Azaphenum)* — антидепрессант с седативным эффектом. Показан при астенодепрессивных и тревожнодепрессивных состояниях. Возможные *побочные явления*: в редких случаях головокружение, тошнота, рвота. *Противопоказано* назначение с ингибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025.

Амитриптилин *(Amitriptylinum)* – по действию близок к мелипрамину, но в отличие от него с седативным эффектом, обладает выраженным антигистоминным и холинолитическим эффектом. Показан при депрессиях различной этиологии. Возможные *побочные явления* те же, что и у мелипрамина, за исключением возбуждения и бессоницы. *Противопоказания* те же, что и у мелипрамина. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025; ампулы по 2 мл 1% раствора. Синонимы: *триптизол*.

Анафранил *(Anaphranil)* – высокоактивный антидепрессант. Показан при депрессиях различной этиологии, навязчивых состояниях, фобиях. Возможные *побочные явления* и *противопоказания те же, что и у мелипрамина. Форма выпуска*: драже по 0,025; ампулы по 2 мл (0,025 г препарата).

Мелипрамин *(Melipramin)* – антидепрессант со стимулирующим действием. Показан при депрессиях различной этиологии, особенно с явлениями заторможенности. Возможные *побочные явления*: головок-

ружение, потливость, сердцебиение, сухость во рту, нарушение аккомодации, эозинофилия, лейкоцитоз, при передозировке — бессоница, возбуждение. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, кроветворных органов, сахарном диабете, глаукоме, атеросклерозе, беременности. Не следует назначать с ингибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025; ампулы по 2 мл 1,25% раствора. Синонимы: *имизин, имипрамин.*

***Нортриптилин** (Nortriptylin)* – по действию близок к амитриптилину, но с менее выраженным седативным и холинолитическим эффектом. Показан при депрессиях различной этиологии. Возможные *побочные явления:* редко аллергические реакции. *Противопоказано* назначение с ингибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025. Синонимы: *сенсиван.*

***Фторацизин** (Phthoracizinum)* – антидепрессант с седативным эффектом, обладает выраженным холинолитическим действием. Показан при депрессиях различной этиологии, может использоваться как корректор экстрапирамидных расстройств. Возможные *побочные явления*: сухость во рту, нарушение аккомодации, задержка мочеиспускания, тошнота, боль в мышцах. *Противопоказан* при глаукоме, аденоме предстательной железы, атонии мочевого пузыря. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025; ампулы по 1 мл 1,25% раствора.

Б. Четырехциклические антидепрессанты

***Инказан** (Incazanum)* – антидепрессант со стимулирующим эффектом. Показан при депрессиях с заторможенностью, ипохондрической симптоматикой. Возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у пиразидола. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 г. Синонимы: *метралиндол.*

***Лудиомил** (Ludiomil)* – по действию близок к амитриптилину, но с менее выраженными побочными явлениями. *Форма выпуска*: драже по 0,01; 0,025 и 0,05; ампулы по 2 мл 1,25% раствора. Синонимы: *мапротилин.*

***Миансерин** (Mianserin)* – антидепрессант с широким спектром действия. Показан при соматогенных, эндогенных и психогенных депрессиях (в том числе, лицам пожилого возраста). Возможные *побочные явления:* редко сонливость и слабость. *Противопоказан прием с ингибиторами МАО и средствами угнетающими ЦНС (в том числе, алкоголем). Форма выпуска*: таблетки по 0,03 г. Синонимы: *миансан, леривон.*

Пиразидол *(Pirazidolum)* — антидепрессант с широким спектром действия. Показан при депрессиях различной этиологии, обладает как седативным (при тревожных депрессиях), так и стимулирующим (при заторможенных депрессиях) эффектом. Возможные *побочные явления*: тошнота, головокружение, тремор рук, потливость. *Противопоказан* при заболеваниях печени и кроветворных органов, нельзя назначать с ингибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 и 0,05 г.

В. Производные гидразина (ингибиторы МАО) и антидепрессанты из разных химических групп

Бефол *(Bephol)* — селективный, обратимый ингибитор МАО типа А. Показан при депрессиях различной этиологии, используют в наркологической практике. Возможные *побочные явления*: гипотензия, головная боль. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, в периоде острой абстиненции, нарушениях мозгового кровообращения. Нельзя сочетать с приемом средств, угнетающих ЦНС. *Форма выпуска*: таблетки по 0,01; ампулы по 2 мл 0,25% раствора.

Герфонал *(Gerphonal)* — антидепрессант с широким спектром действия. Показан при депрессиях различной этиологии, в том числе в климактерическом периоде. Эффективен при реактивных депрессиях с психомоторным возбуждением. Не имеет выраженных *побочных явлений*. *Форма выпуска*: драже по 0,025 г.

Иксел *(Ixel)* — антидепрессант активирующего действия из группы селективных ингибиторов обратного захвата моноаминов. Показан при лечении депрессивных расстройств различной степени тяжести у взрослых. Возможные *побочные явления*: головокружение, потливость, тошнота, запоры, дизурия. *Противопоказания*: возраст до 15 лет; одновременный прием неселективных и В-селективных ИМАО, а также суматриптана. *Форма выпуска*: капсулы по 0,025 и 0,05 г.

Ниаламид *(Nialamidum)* — ингибитор МАО смешанного действия (типа А и Б). Показан при депрессиях различной этиологии, с явлениями заторможенности. Возможные *побочные явления*: сухость во рту, диспепсические расстройства. *Противопоказан* при заболеваниях печени, почек, декомпенсации сердечной деятельности, нарушениях мозгового кровообращения. Нельзя сочетать с трехциклическими и некоторыми четырехциклическими антидепрессантами, с приемом продуктов, содержащих тиамин (сыр, творог и др.). *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 г. Синонимы: *нуредал*.

Симбалта *(Duloxetine)* – сбалансированный селективный ингибитор обратного захвата двух нейротрансмиттеров. Показан при депрессиях различной этиологии. Возможные *побочные явления:* тошнота, сухость во рту, головокружение. *Противопоказаня:* повышенная чувствительность к препарату; одновременное применение с ингибиторами МАО; некомпенсированная закрытоуголная глаукома. *Форма выпуска:* капсулы по 0,03 и 0,06 г.

Триттико *(Trittico)* – мягкий антидепрессант широкого спектра. Показан при депрессиях различной этиологии, в том числе у лиц пожилого возраста. Не имеет выраженных *побочных явлений*. *Форма выпуска*: капсулы по 0,025; 0,05 и 0,1; ампулы по 5 мл 1% раствора.

Цефедрин *(Cephedrin)* – по действию близок к мелипрамину. имеет те же показания и противопоказания. *Форма выпуска*: таблетки по 0,025 г.

А. Производные бензодназенина

Альпразолам *(Alprasolam)* – транквилизатор с выраженным анксиолитическим эффектом. Применяют при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах различного (преимущественно, психогенного) генеза. Не имеет выраженных *побочных явлений. Противопоказан* прн беременности, в период лактации. *Форма выпуска:* таблетки по 0,25: 0,5 и 1 мг. Синонимы: *ксанакс.*

Медазепам *(Medazepam)* – дневной транквилизатор, оказывающий седативное, анксиолитическое, противосудорожное и миорелаксантное действие. Применяют при лечении неврозов, алкоголизма и других пограничных расстройств. Возможные *побочные явления:* головокружение, тахикардия, нарушение аккомодации. *Противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска:* таблетки по 0,01 г. Синонимы: *мезапам, нобриум, рудотель.*

Нозепам *(Nozepamum)* – транквилизатор, оказывающий преимущественно седативное действие. *Показания,* возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска:* таблетки по 0,01 г. Синонимы: *тазепам, оксазепам.*

Седуксен *(Seduxen)* – препарат с выраженным седативным и противосудорожиым действием. Потенцирует действие наркотических средств, алкоголя, анальгетиков. Показан при лечении неврозов, психопатий, неврозо- и психопатоподобных состояний, психосоматических расстройств, купировании психомоторного возбуждения. Возможные

побочные явления: мышечная слабость, сонливость, вялость, атаксия, сухость во рту, головокружение. *Противопоказан* при тяжелых заболеваниях печени, почек, миастении и беременности. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005; ампулы по 2 мл 0,5% раствора. Синонимы: *сибазон, диазепам, реланиум.*

***Темазепам** (Temasepam)* - транквилизатор, с выраженным анксиолитическим и аналгезирующим действием. Применяют при лечеиии пограничных расстройств с явлениями тревоги, страха, судорожных состояний, бессоницы. Возможные *побочные явления:* головокружение, тошнота, утомляемость, сонливость. *Противопоказания:* беременность, глаукома. *Форма выпуска*: таблетки по 0,01 г. Синонимы: *сигнопам.*

***Феназепам** (Phenazepatum)* — мощный транквилизатор (по степени седативного действия близок к нейролептикам), обладает анксиолитическим, выраженным противосудорожным, снотворным и миорелаксирующим эффектами. Применяют при лечении пограничных расстройств, эпилепсии, бессоницы. Возможные *побочные явления и противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска*: таблетки по 0,0005 и 0,001; ампулы по 1 мл 3% раствора.

***Хальцион** (Halcion)* — препарат с выраженным снотворным действием (не выявляет постсомнических растройств). *Показан* при бессонице. *Побочные явления* редки (сонливость, головокружение, нарушение координации, атаксия). *Противопоказан* при лактации. *Форма выпуска*: таблетки по 0,25 мг. Синоним: *триазолам.*

***Элениум** (Elenium)* — транквилизатор, с менее выраженным чем у седуксена действием. *Показания,* возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005; драже по 0,01; ампулы по 0,1 г (в комплекте с дистиллированной водой — 2 мл). Синонимы: *хлозепид, хлордиазепоксид.*

Б. Карбаматы пропандиола и производные дифенилметана

***Амизил** (Amizylum)* — центральный холинолитик, помимо выраженного транквилизирующего, обладает спазмолитическим, антигистаминным, антисеротониновым и анестезирующим эффектами. Показан при лечении неврозов, паркинсонизма, купировании экстрапирамидных расстройств. Возможные *побочные явления*: сухость слизистых, тахикардия, мидриаз, диспепсические расстройства, при передозировке — головокружение, эйфория, бессоница, галлюцинации. *Противопоказан* при глаукоме. *Форма выпуска*: таблетки по 0,002 г.

***Мепробамат** (Meprobamat)* — транквилизатор, с менее выраженным чем бензодиазепины действием. *Показания*, возможные *побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у седуксена. *Форма выпуска*: таблетки по 0,2 г. Синонимы: *андаксин*.

В. Средства из разных химических групп

***Грандаксин** (Grandaxinum)* — аналогичен седуксену, но не оказывает снотворного, противосудорожного и миорелаксирующего действия. Занимает промежуточное положение между малыми транквилизаторами и психостимуляторами, являясь психовегетативным регулятором. *Показания* те же, что и у седуксена. Возможные *побочные явления:* аллергические реакции, повышенная возбудимость. *Противопоказан* при беременности. *Форма выпуска*: таблетки по 0,05 г.

***Дибунол** (Dibunolum)* — препарат, сочетающий транквилизирующий, анксиолитический и ноотропный эффекты (обладает свойствами антиоксиданта). Используется при лечении тревожно-ипохондрических, тревожно-астенических и собственно тревожных расстройств. *Показан* при астениях различного (в особенности, церероброгенного) генеза. Отчетливых *побочных явлениий* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: желатиновые капсулы (1 мл 20% раствора дибунола в растительном масле).

***Имован** (Imovane)* — препарат с выраженным снотворным действием (не выявляет постсомнических растройств). *Показан* при бессонице. *Побочные явления* крайне редки (при приеме — металлический привкус во рту). *Противопоказан* при беременности, лактации. *Форма выпуска*: таблетки по 0,0075 г.

***Инсидон** (Insidon)* — препарат с выраженным седативным действием, обладает анксиолитическим, тимолиптическим и вегетотропным эффектами. Наряду с общими (см. седуксен) *показаниями* применяется в коррекции вегетативных расстройств. Возможные *побочные явления:* сухость во рту, головокружение, легкая утомляемость. Отчетливых *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: драже по 0,05 г.

***Мебикар** (Mebicarum)* — препарат с выраженным седативным действием, без снотворного и миорелаксирующего эффекта. *Показания* те же, что и у седуксена. Возможные *побочные явления: редко — аллергические реакции. Отчетливых противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: таблетки по 0,3 г.

***Оксилидин** (Oxylidinum)* — обладает седативным и гипотензивным эффектами. Имеет общие для транквилизаторов (см. седуксен) *показа-*

ния. Возможные *побочные явления:* кожные сыпи, тошнота, нарушение функции почек. *Противопоказан* при выраженной гипотонии, болезнях почек. *Форма выпуска*: таблетки по 0,02 и 0,05; ампулы по 1 мл 2% и 5% растворов.

Пирроксан *(Pyrroxanum)* — препарат (альфа-адреноблокатор), сочетающий транквилизирующее и вегетотропное действие. Используется при коррекции астено-тревожных состояний, купировании морфинной и алкогольной абстиненции, диэнцефальных и гипертонических кризов. Возможные *побочные явления:* выраженная гипотония, брадикардия, боли в сердце. *Противопоказан* при нарушениях мозгового кровообращения, тяжелом атеросклерозе, сердечно-сосудистой недостаточности. *Форма выпуска*: таблетки по 0,015; ампулы по 1 мл 1% раствора.

Триоксазин *(Trioxazin)* — транквилизирующий препарат, без миорелаксирующего эффекта. Имеет общие для транквилизаторов (см. седуксен) *показания*. Возможные *побочные явления:* сухость во рту, при передозировке — сонливость, слабость, тошнота. Отчетливых *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: таблетки по 0,3 г.

СЕДАТИВНЫЕ СРЕДСТВА — препараты, оказывающие менее выраженное, чем транквилизаторы успокаивающее действие

Седативные средства подразделяют на:
— бромиды
— средства растительного происхождения

А. Бромиды

Бромкамфора *(Bromcamphora)* — оказывает успокаивающее действие, улучшает сердечную деятельность. *Показан* при невротических расстройствах (неврастении), неврозах сердца. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет *Форма выпуска*: таблетки по 0,25 г и порошок.

Калия бромид *(Kalii bromidum)* — оказывает успокаивающее действие. *Показан* при невротических расстройствах (неврастении), повышенной раздражительности. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: порошок и таблетки по 0,5 г.

Натрия бромид *(Natrii bromidum)* — оказывает успокаивающее действие. *Показан* при невротических расстройствах (неврастении), повышенной раздражительности. Отчетливых *побочных явлений* и *про-*

тивопоказаний не имеет (иногда, при передозировке, насморк, кашель, кожные высыпания). *Форма выпуска*: порошок и таблетки по 0,5; 3% раствор.

Б. Средства растительного происхождения

***Валериана** (Rhizoma cum radicibus Valerianae)* — оказывает успокаивающее и спазмолитическое действие. *Показана* при повышенной возбудимости, невротических расстройствах, бессонице, неврозах сердца, спазмах желудочно-кишечного тракта. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: настойка во флаконах по 30 мл; густой экстракт; жидкий экстракт для приготовления микстур; таблетки по 0,02 г.

***Валоседан** (Valosedan)* — комбинированный препарат (экстракт валерианы, барбитал натрия, настойка хмеля, боярышник, ревень). Действие аналогично корвалолу. *Показания* общие (см. валериану) для средств данной группы. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 100,0 мл.

***Корвалол** (Corvalolum)* — оказывает успокаивающее и спазмолитическое действие, рефлекторно расширяет коронарные сосуды. Наряду с общими *показаниями* (см. валериану) для средств данной группы, используется в начальных стадиях гипертонической болезни. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 15 мл. Синонимы: *валокордин*.

***Настойка пиона** (Tinctura Paeoniae)* — оказывает успокаивающее действие. Применяют при неврастении, бессонице, вегето-сосудистых нарушениях. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 200 мл.

***Настойка пустырника** (Tinctura Leonuri)* — оказывает аналогичное валериане действие. Наряду с общими *показаниями* (см. валериану) для средств данной группы, используется в начальных стадиях гипертонической болезни. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 25 мл.

***Ново-пассит** (Novo-Passit)* — комбинированный препарат (валериана, хмель, боярышник, зверобой, мелисса, пассифлора, бузина). Наряду с общими *показаниями* (см. валериану) для средств данной группы, используется при климактерических расстройствах. Возможные *побочные явления:* сонливость, мышечная слабость, тошнота. *Противопоказан* при миастении, сонливости. *Форма выпуска*: флаконы по 100,0 мл.

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ – препараты, оказывающие стимулирующее действие на ЦНС и повышающие физическую и умственную работоспособность (как правило, быстро, но на короткий промежуток времени)

Индопан *(Indopan)* – обладает психостимулирущием и антидепрессивным эффектом. Используют при астениях (с явлениямн заторможенности), депрессиях, вялотекущей шизофрении. Возможные *побочные явления:* бессоница, повышение артериального давления, тахикардия, дерматиты. *Противопоказан* при возбуждении, гипертонии. Нельзя сочетать с иигибиторами МАО. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005 и 0,01 г.

Кофеин *(Coffeinum)* – обладает выраженным психостимулирущим эффектом, повышает умственную и физическую работоспособность, возбуждает дыхательный и сосудодвигательный центры. Используют при угнетении ЦНС, отравлении наркотическими средствами, недостаточности сердечно-сосудистой системы. Возможные *побочные явления:* бессоница, тахикардия, аритмия. *Противопоказания:* повышенная возбудимость, бессоница, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, глаукома. *Форма выпуска*: порошок; таблетки по 0,1 и 0,2; ампулы по 1 и 2 мл 10% и 20% раствора.

Меридил *(Meridil)* – по психостимулирущему действию уступает фенамину, однако лишен периферческого адреномиметического эффекта. Используют для повышения умственной работоспособности, при невротических состояниях с явлениями вялости, апатии. Возможные *побочные явления:* бессоница, повышенная раздражительность (они же являются *противопоказанием* к назначению препарата). *Форма выпуска*: таблетки по 0,01 г. Синонимы: *центедрин.*

Милдронат *(Mildronat)* – повышает, преимуществеиио, физическую работоспособность. Используется, как правило, спортсменами. Вызывает привыкание. *Противопоказан* длительный прием. *Форма выпуска*: капсулы по 0,25; ампулы по 5 мл 10% раствора.

Сиднокарб *(Sydnocarbum)* – сильный психостимулятор, не вызывающий привыкания и не имеющий отчетливой (в отличие от фенамина) периферической симпатомиметической активности. Используют при астениях (с явлеииями заторможенности), вялотекущей шизофрении. Возможные *побочные явления:* бессоница, головная боль, повышение артериального давления. *Противопоказан* при бессонице, гипертонии, атеросклерозе, заболеваниях печени. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005 и 0,01 г. Синонимы: *мезокарб.*

Сиднофен *(Sydnophenum)* — аналогичен сиднокарбу, но в отличие от него обладает умеренным антидепрессивным действием. Поэтому, наряду с теми-же показаниями, используется при астено-депрессивных состояниях. *Форма выпуска*: таблетки по 0,005 г.

Фенамин *(Phenaminum)* сильный психостимулятор с центральным адрено- и дофаминергическим действием. Снижает явления утомления, потребность во сне, временно повышает работоспособность, уменьшает чувство голода. Используют при переутомлении, астенических и субдепрессивных состояниях. Возможные *побочные явления:* головокружение, бессоница, аритмии, порой парадоксальная реакция (угнетение ЦНС вместо возбуждения), вызывает привыкание. *Противопоказан* при бессонице, заболеваниях печени, гипертонии, атеросклерозе, сахарном диабете. *Форма выпуска*: таблетки по 0,01 г.

АДАПТОГЕНЫ — препараты, повышающие физическую и умственную работоспособность (как правило, медленно, но на длительное время)

Бемитил *(Bemithyl)* — актопротектор, обладает психоэнергезирующей и антигипоксической активностью, повышает устойчивость организма к физическим нагрузкам, сохраняет и восстанавливает работоспособность. *Показан* при астенических и астеноподобных состояниях. Отчетливых *побочных явлений* не имеет. *Противопоказан* при лихорадочных состояниях. *Форма выпуска*: таблетки по 0,25 г.

Женьшеня настойка *(Tinctura Ginsengi)* — активное тонизирующее средство. *Показан* при переутомлении, астенических состояниях. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: флаконы по 50 мл.

Родиолы экстракт жидкий *(Extractum Rhodiolae fluidum)* — препарат, обладающий мягким стимулирующим действием. *Показан* при переутомленни и астенических состояниях. Из возможных *побочных явлений:* бессоница, головная боль, иногда повышение артериального давления. *Противопоказан* при гипертонии, лихорадочных состояниях. *Форма выпуска*: флаконы по 30 мл. *Экстракт родиолы сухой* — в таблетках по 0, 25 г.

Томерзол — актопротектор, с более выраженным, чем у бемитила действием. Используется, преимущественно, при коррекции постинтоксикационных астений. Из *побочных явлений:* болевые ощущения при инъекциях. *Противопоказан* при острых инфекциях, лихорадочных состояниях. *Форма выпуска*: ампулы по 2 мл.

Элеутерококка экстракт жидкий *(Extractum Eleutherococci fluidum)* — активное тонизирующее средство. *Показан* при переутомлении, астенических состояниях. Отчетливых *побочных явлений не имеет. Противопоказан* при острых инфекциях, лихорадочных состояниях. *Форма выпуска:* флаконы по 50 мл; в таблетированной форме (по 0,1 г) выпускается *экселекокк.*

НООТРОПЫ, ГАМК-ЕРГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ПЕПТИДНЫЕ БИОРЕГУЛЯТОРЫ — препараты, нормализующие метаболические процессы в ЦНС и восстанавливающие нарушенные функции мозга (*«метаболические психостимуляторы»*)

Аминалон *(Aminalonum)* — гамма-аминомасляная кислота. Препарат малотоксичен, с метаболическим, вазоактивным и мягким психостимулирующим действием. *Показан* при сосудистых и органических поражениях головного мозга, олигофрении. Возможные *побочные явления*: расстройства сна, диспепсические явления, чувство жара, колебания артериального давления (быстро проходят при снижении дозы). *Форма выпуска*: таблетки по 0,25 г. Синонимы: *гаммалон.*

Ацефен *(Acephenum)* — активирует обменные процессы в ЦНС, оказывает психостимулирующее действие. *Показан* при сосудистых, травматических и органических поражениях головного мозга. Препарат хорошо переносится, *побочные явления* редки. *Противопоказан* при нейроинфекциях. *Форма выпуска:* таблетки по 0,1 г.

Глиатилин *(Gliatilin)* — препарат из группы центральных холиномиметиков. Показан в остром периоде черепно-мозговой травмы, при ишемических инсультах, хронической церебральной недостаточности, деменции. Положительно влияет на познавательные процессы и поведенческие реакции, улучшает запоминание и воспроизведение информации. Возможные *побочные явления*: тошнота. *Противопоказан* при беременности, лактации. *Форма выпуска:* капсулы по 0,4 г; ампулы по 4 мл (1 г активного вещества).

Кортексин *(Cortexin)* — пептидный биорегулятор, способствует улучшению интеллектуально-мнестических функций. Используется, преимущественно, при коррекции цереброгенных астений (более эффективен чем пирацетам). Отчетливых *побочных явлений и противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска:* ампулы по 1 мл (10 мг).

Натрия оксибутират *(Natrii oxybutyras)* — натриевая соль гамма-аминомасляной кислоты. Хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер, обладает отчетливым антигипоксическим и седативным эффектом (в больших дозах вызывает наркоз). В соответствии с этим и

показания. Противопоказан при гипокалиемии, миастении. *Форма выпуска*: порошок; ампулы по 10 мл 20% раствора; флаконы — 5% сироп (400 мл) и 66, 7% раствор (37,5 мл).

***Пантогам** (Pantohanum)* — аналогичен аминалону и натрия оксибутирату, с теми-же *показаниями* и *побочными явлениями. Форма выпуска*: таблетки по 0,25 и 0,5 г.

***Пикамилон** (Picamilonum)* — быстро проникает через гематоэнцефалический барьер и длительно удерживается в тканях организма. *Показан* при астенических состояниях разной этиологии, депрессиях, сенильных психозах. Возможные *побочные явления*: повышенная раздражительность, возбуждение, тревога, головокружение, головная боль, аллергические реакции. *Противопоказан при заболеваниях почек. Форма выпуска*: таблетки по 0,02 и 0,05 г.

***Пирацетам** (Pyracetamum)* — один из наиболее распространенных ноотропов. *Показан* при интоксикационных, сосудистых, травматических и органических поражениях головного мозга. Возможные *побочные явления*: повышенная раздражительность, расстройства сна, диспепсические явления, обострение коронарной недостаточности (у лиц пожилого возраста). *Противопоказан* при заболеваниях почек, беременности. *Форма выпуска*: таблетки по 0,2; капсулы по 0,4; ампулы по 5 мл 20% раствора. Синонимы: *ноотропил.*

***Пиридитол** (Pyriditolum)* — аналогичен пирацетаму, с теми-же *показаниями* и *побочными явлениями. Противопоказан* при психомоторном возбуждении, судорожных состояниях, эпилепсии. *Форма выпуска*: таблетки по 0,05 и 0,1; для детей «энцефабол» в виде сиропа по 200 мл (в 5 мл — 0,1 г препарата). Синонимы: *пиритинол, энцефабол.*

***Тимоген** (Timogen)* — пептидный биорегулятор, способствует редукции астенических, неврозоподобных и сомато-вегетативных нарушений. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: ампулы по 1 мл (10 мг).

***Фенибут** (Phenibutum)* — гамкергическое средство, обладает транквилизирующей активностью, без противосудорожного и миорелаксирующего компонентов. *Показан* при невротических и других состояниях сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, расстройствами сна. Из *побочных явлений может отмечаться сонливость. Форма выпуска*: таблетки по 0,25 г.

***Церебролизин** (Cerebrolysinum)* — препарат, содержащий 18 незаменимых аминокислот. *Показания* и *побочные явления* те же, что у аминалона. *Форма выпуска*: ампулы по 1 мл 5% раствора.

Эпиталамин *(Epitalamin)* — пептидный биорегулятор, способствует редукции астенических, неврозоподобных и сомато-вегетативных нарушений. Отчетливых *побочных явлений* и *противопоказаний* не имеет. *Форма выпуска*: ампулы по 1 мл (10 мг).

СОЛИ ЛИТИЯ — препараты, предупреждающие возникновение мании и депрессии (при маниакально-депрессивных и шизофренических психозах), а также оказывающие лечебный эффект при маниях

Лития карбонат *(Lithii carbonas)* — оказывает выраженное антиманиакальное действие. Возможные *побочные явления*: диспепсические явления, мышечная слабость, адинамия, жажда, тремор. *Противопоказан* при заболеваниях почек, щитовидной железы, декомпенсации сердечной дятельности, язвенной болезни. *Форма выпуска*: таблетки по 0,3 г.

Лития оксибутират *(Lithii oxybutyras)* — в отличие от лития карбоната оказывает более выраженное седативное действие, обладает меньшей токсичностью и более высокой активностью. *Показания, побочные явления* и *противопоказания* те же, что и у лития карбоната. *Форма выпуска*: таблетки по 0,5 г и ампулы по 2 мл 20% раствора.

Микалит *(Micalitum)* — пролонгированная лекарственная форма лития карбоната. *Показания, побочные явления* и *прот ивопоказания* те же, что и у лития карбоната. *Форма выпуска*: капсулы (0,4 г лития карбоната).

Приложение 4

Перечень основных учебников, справочников и руководств по психиатрии (изданных на русском языке)

Авербух Е.С., Авербух И.Е. Краткое руководство по психиатрии. — Л.: Медицина, 1973. — 200 с.

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Руководство для врачей. — Изд. 2-е. — М.: Феникс, 1997. — 571 с.

Балинский И.М. Лекции по психиатрии / Под ред. Бондарева Н.И. и Тимофеева Н.Н. — Л.: Медгиз, 1958. — 216 с.

Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Методическое пособие по психиатрии. — М., 1965. — 51 с.

Банщиков В.М., Гуськов В.С., Мягков И.Ф. Практическое руководство по психиатрии. — М., 1966. — 194 с.

Банщиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. — М.: Медицина, 1969. — 344 с.

Барабаш В.И., Богаченко В.П., Иванов Ф.И. Пособие к практическим занятиям по психиатрии / Под ред. профессор Портнова А.А. — Л., 1965. — 32 с.

Барсук А.Л. Краткое руководство по психиатрии. Для участковых врачей / Под ред. профессор Зиновьева П.М. — М., 1949. — 312 с.

Барсук А.Л. Краткое руководство по психиатрии для участковых врачей / Под ред. профессор Гуревича М.О. и Бергера И.А — М., 1941. — 178 с.

Беляков С.А. Элементарный курс психиатрии. — Самара, 1908. — 355 с.

Бернштейн А.Н. Клинические лекции о душевных болезнях / Записал С.И. Зайдер. Под ред. и с доп. авт. — М.: Саблин, 1912. — 332 с.

Бехтерев В.М. Классификация душевных болезней. — Казань, 1891. — 60 с.

Бинсвангер и Зимерлинг. Учебник психиатрии / Пер. с нем. — СПб., 1908. — 423 с.

Блейлер Э. Руководство по психиатрии / Пер. с нем. — М.: Изд-во независ. психиатр. ассоц., 1993. — 542 с.

Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь — Киев: Вища школа, 1984. — 488 с.

Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов: в 2-х т. — Ростов-на-Дону:Феникс, 1996 (т. 1. — 480 с.; т. 2. — 448 с.).

Блуменау Л.В. Мозг человека. Анатомо-физиологическое введение в клинику нервных и душевных болезней. — Л.-М.: Госиздат, 1925. — 370 с.

Бондарев Н.И. Краткое руководство по психиатрии и уходу за душевно-больными. — Л.: Военвестник, 1928. — 86 с.

Бондарев Н.И. Методика психиатрического исследования / Пособие для слушателей. — Л., 1943. — 46 с.

Буматов П.Н., Степанов Н.И. Краткий учебник нервных и душевных болезней. — Пг.: Риккер, 1917. — 169 с. (Пред. изд.: 1902, 1909, 1912 гг.).

Бухановский А.О. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак – 2-е изд. перераб. и доп. — Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ «Феникс», 2000. — 416 с.: ил.

Виндштейн Ф., Фукс В. Профилактика нервных болезией и психиатрии / Пер. с нем. — СПб.: Практ. медицина, 1902. — 90 с.

Виноградов Н.В. Лекции по психиатрии. — Минск: Беларусь, 1963. — 188 с.

Военная психиатрия / Под ред. профессор Иванова Ф.И. — Л., 1974. — 424 с.

Военная психиатрия / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. — СПб.: ВмедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. — 336 с.

Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. — 256 с.

Воробьев В.В. Повторительный курс по психиатрии. — Киев. Тип. Милельского, 1891. — 113 с.

Вудс Ш. Психиатрия в вопросах и осветах. – СПб: Питер Ком, 1998. – 320 с.

Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: в 2-х т. — К.: Сфера, 1999. (т. 1. — 300 с., т. 2. — 436 с.).

Гиляровский В.А. Психиатрия / Руководство для врачей и студентов. — М.: Медгиз, 1954. — 520 с. (Пред. изд.: 1931, 1935, 1938 гг.)

Гризингер В. Душевные болезни. Для врачей и учащихся / Пер. с нем. — СПб., 1881. — 558 с. (Пред. изд.: 1867 г.).

Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. — М., 1932. – 150 с.

Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии. — М.: Медгиз, 1946. — 440 с. (Пред. изд.: 1928, 1931, 1932, 1937, 1940 гг.).

Гуревич М.О. Психиатрия / Учебник для медицинских институтов. — М.: Медгиз, 1949. — 502 с.

Гуськов В.С. Терминологический словарь психиатра / Под ред. Плессо Г.И. — М.: Медицина, 1965. — 219 с.

Детенгоф Ф.Ф. Учебное пособие по психиатрии / Для медицинских институтов. — Ташкент: Медицина, 1969. — 246 с.

Жариков Н.М., Ильин В.И., Логинова М.С. Учебное пособие по психиатрии для студентов: Симптомы, синдромы, болезни. — М.: I ММИ., 1978. — 57 с.

Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия. — М.: Издат. группа ИНФРА — Норма, 1997. — 425 с.

Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. – М.: Медицина, 1989. – 495 с.

Жмуров В.А. Психопатология: в 2-х частях / Учебное пособие. – Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1994. (ч.1. – 240 с., ч.2. – 304 с.).

Завилянский И.Я., Блейхер В.М. Психиатрический диагноз. – Киев: Вища школа, 1979. – 200 с.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1976. – 237 с.

Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. Из синопсиса по психиатрии: в 2-х т. / Пер. с англ. – М.: Медицииа, 1994. (т. 1. – 670 с., т. 2. – 522 с.)

Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицииа, 1985. – 303 с.

Кербиков О.В. Лекции по психиатрии / Избр. главы. – М.: Медгиз, 1955. – 240 с.

Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В. Психиатрия: Учебник для медицинских иститутов. – Л.: Медицина, 1968. – 448 с.

Кербиков О.В., Озерецкий Н.И., Попов Е.А., Снежневский А.В. Учебник психиатрии. – Л.: Медгиз, 1958. – 367 с.

Кирпиченко А.А., Лапицкий А.И., Федосеенко В.С. Пособие по психиатрии / С элементами программированного обучения. – Миинск: Вышэйш. школа, 1976. – 68 с.

Кирпиченко А.А. Психиатрия / Учебник для медициских институтов. – Минск: Вышэйш. школа, 1989. – 380 с.

Кирпиченко А.А. Психиатрия / Учебиое пособие для медицинских иститутов. – Минск: Вышэйш. школа, 1984. – 240 с.

Клиническая психиатрия: Справочиое пособие / Под ред. Бачерикова Н.Е. – Киев: Здоровья, 1989. – 508 с.

Клиническая психиатрия: в 2-х т./ Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 1200 с.

Клоустон Т. Клинические лекции по душевным болезиям / Пер. с англ. – СПб., 1885. – 672 с.

Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицииа, 1979. – 608 с.

Ковалевский П.И. Душевные болезии. Курс психиатрии для врачей и юристов: в 2-х т. – СПб., 1905. (т.1. – 298 с., т.2. – 299-656 с.). (Пред. изд.: 1880, 1882, 1885, 1886 гг.).

Коркина М.В., Цивилько М.А., Коссова Е.А. Практикум по психиатрии. – М., 1973. – 143 с.

Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.

Корсаков С.С. Курс психиатрии: в 2-х т – М., 1913. (т.1. – 523 с., т.2. – 342 с.). (Пред. изд.: 1891, 1893, 1901 гг.).

Крафт-Эбинг Р. Учебиик психиатрии / Пер. с ием. – СПб.: Риккер, 1897. – 889 с. (Пред. изд.: 1881, 1882, 1890 гг.).

Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем.. — М., 1923. — 458 с. (Пред. изд.: 1902 г.).

Крепелин Э. Психиатрия· Учебник для студентов и врачей / Пер с нем.: в 2-х ч. — СПб., 1898 (ч.1. — 293 с., ч.2. — 503 с.).

Лекции по клинической наркологии / Под ред. Иванца Н.Н. — М., 1995. — 314 с.

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во МГУ, 1973. — 374 с.

Матвеев В.Ф. Учебное пособие по психиатрии / Для стоматол. фак-тов медицинских институтов. — М.: Медицина, 1975. — 352 с.

Меграбян А.А. Общая психопатология. — М.: Медициниа, 1972. — 285 с.

Междуиародная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описаиия и указания по диагностике. — СПб.: Оверлайд, 1994. — 300 с.

Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. — М.: ТОО «Техлит»; Медициеа, 1997. — 496 с.

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: «МЕДпресс», 1999. — 592 с.

Мендель Э. Краткое руководство к психиатрии / Пер. с нем. — СПб., 1904. — 256 с.

Муратов В.А. Клнические лекции по нервным и душевным болезням: в 2-х т. — М.. Карцев, 1899–1900.

Мясищев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. — 425 с.

Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 382 с.

Носачев Г.Н., Романов В.В., Носачев И.Г. Семиотика н диагностика психических и наркологических заболеваний в схемах, таблицах и комментариях к ним. – Самара, 2002. – 515 с.

Осипов В.П. Курс общего учеиия о душевных болезнях. — Берлин: Госиздат РСФСР, 1923. — 704 с. (Пред. изд.: 1917 г.).

Осипов В.П. Руководство по психиатрии. — М.-Л.: Госиздат, 1931. — 596 с.

Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия: Учебник для медицинских институтов. — М.: Медицина, 1971. — 471 с. (Пред. изд.: 1960, 1965 гг.).

Практический справочник врача-психиатра / Под ред. Воронкова Г.Л., Видренко А.Е — Киев: Здоровья, 1981. — 190 с.

Психиатрня. Учебное пособие для студеитов медицниских ВУЗов / под.ред. В.П. Самохвалова. – Ростов н/Д.: «Феникс», 2002. – 576 с.

Психиатрия. / Под ред. Шейдера Р. / Пер. с англ. — М., Практика, 1998. — 485 с.

Пятницкая И.Н. Наркомаиии. — М.: Медицина, 1994. — 541 с.

Ранняя диагностика психических заболеваиий / Под общ. ред. Блейхера В.М., Воронкова Г.Л., Иваиова Вл. — Киев: Здоровья, 1989. — 288 с.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — М., 1946. — 704 с.

Руководство по психиатрии: в 2-х т./ Под ред. Морозова Г.В. — М.: Медицина, 1988 (т. 1. — 639 с., т.2. — 640 с.).

Руководство по психиатрин: в 2-х т./ Под ред. Снежневского А.В. — М.: Медицина, 1983 (т.1. — 480 с., т.2. — 544 с.).

Руководство по психиатрни: в 2-х т./ Под ред. Тиганова А С — М.: Медицина, 1999 (т. 1. — 712 с., т. 2. — 784 с.).

Руководство по психотерапии / Под ред. Рожиова В.Е. — Ташкент: Медицина, 1985. — 720 с.

Рыбаков Ф.Е. Душевные болезии. — М., 1916. — 486 с.

Саарма Ю.М., Мехилане Л.С. Психиатрическая синдромология: Учебное пособие. — Тарту: ТГУ, 1980. — 80 с. (Пред. изд.: 1977 г).

Семке В.Я. Превеитивная психиатрия – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.

Сербский В. Психиатрия: Руководство к изучению душевных болезней. — М., 1912. — 654 с. (Пред. изд.: 1906 г.).

Серейский М.Я., Гуреевич М.О. Учебиик психиатрии. — М.-Л., 1937.

Сикорский И.А. Основы теоретнческой и клииической психиатрии. С кратким очерком судебиой психологии. — Киев, 1910. — 702 с.

Сметанников П.Г. Психиатрия: Краткое руководство для врачей. — СПб.: Издво СПбМАПО, 1994. — 304 с.

Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. — Валдай, 1970. — 190 с.

Сорокина Т.Т., Гайдук Ф.М., Евсегнеев Р.А. Практическое пособие по психиатрии. — Минск: Вышэйш. школа, 1991. — 198 с.

Справочиик врача-психиатра / Под ред. Воронкова Г.Л. и др. — Киев: Здоровья, 1990. — 351 с.

Справочннк иевропатолога и психиатра / Под общ. ред. Гращеикова Н.И. и Снежневского А.В. — М.: Медицина, 1969. — 508 с. (Пред. изд.: 1965, 1968 гг.).

Справочиик по психиатрии / Под ред. Снежневского А.В. — М · Медицина, 1985. — 414 с. (Пред. изд.: 1974 г.).

Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. — Изд-е 2-е. — М.: Медгиз, 1949. — 229 с.

Словарь психиатрических и отиосяшихся к психическому здоровью терминов / Пер. с англ. — Т.1. — М.: Медициба, 1991. — 79 с.

Суханов С.А. Душевиые болезни: Руководство по частной психопатологии для врачей, юристов и учащихся. — СПб.: Медициба, 1904. — 345 с.

Суханов С.А. Семиотика и диагностика душевиых болезней: в 3-х ч. — М., 1904–1905 (ч. 1. — 175 с., ч.2. — 180 с., ч. 3. — 206 с.).

Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. в 2-х т. — М.: Медгиз, 1955–1959 (т. 1. — 459 с., т. 2. — 406 с.). (Пред. изд.: 1940 г.).

Фрезе А.У. Краткий курс психиатрии. — Вып. 1–2. — СПб.: Риккер, 1881 (вып.1. — 208 с., вып.2. — 209–351 с.).

Фрумкин Я.П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. — Киев: Медгиз, 1950. — 198 с.

Фрумкин Я.П., Воронков Г.Л., Шевчук И.Д. Психиатрия: Таблицы и схемы. — Киев: Вища школа, 1977. — 79 с.

Циген Т. Руководство к психиатрии: Для врачей и студентов / Пер. с нем. — СПб.: Гл. воен.-медицинское упр., 1897. — 522 с.

Чиж В.Ф. Учебник психиатрии. — Пг. — Киев: Сотрудник, 1911. — 345 с.

Чистович А.С. Пособие по психиатрии / Избранные главы. — Л., 1954. — 239 с.

Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. — 448 с.

Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилнтация. Изд. 2-е, перераб. и доп./ Под ред. А.Я. Гриненко. — СПб.: Издательство «Лань», 2001. — 464 с.

Шамрей В.К., Рустанович А.В. Атлас военной пснхиатрни – СПб., ВМедА, 2003. – 350 с.

Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с.

Штромайер В. Лекпии по психопатологии детского возраста для врачей и педагогов / Пер. с нем. — М., 1913. — 478 с.

Штромайер В. Психопатология детского возраста. Лекции для врачей и педагогов / Пер. с нем. — М.-Л.: Госиздат, 1926. — 220 с.

Шюле Г. Руководство к душевным болезням/Пер. с нем. — Харьков, 1880. — 639 с.

Щербак А.Е. Клинические лекции по нервным и душевным болезням. — Варшава, 1901. — 664 с.

Эрлицкий А.Ф. Клинические лекции по душевным болезням. — СПб.: Петров, 1896. — 421 с.

Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. — М.: Медгиз, 1951. — 479 с.

Якубович И. Заметки из психиатрни. — Б.И., 1867. — 302 с.

Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с ием. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.

Якубович И. Заметки из психиатрии. — Б.И., 1867. — 302 с.

Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Рустанович А.В., Шамрей В.К.

Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках

Издание 3-е дополненное и переработанное

Верстка: Философова Л.А.

Отпечатано в ООО «Каскад»

197101, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д 19., пом. 3Н

ИД № 01520 от 14.04.00

Издательство «ЭЛБИ-СПб»

195197, г. С.Петербург, Лабораторный пр. 23, 162-5784, an@elbi.spb.su

Подписано в печать 15.12.2005 г. Формат 60 х 88 1/16. Печать офсетная Бумага офсетная

Гарнитура «Петербург».

Объем. 13,5 п.л. Заказ № 3912.